Medicinisch-chirurgische

RUNDSCHAU.

Monatsschrift

für die

gesammte practische Heilkunde.

Unter Mitwirkung der Herren

DDr. Auspitz, A. Baer (Berlin), Barth (Leipzig), v. Basch, Prof. Benedikt, Biermann (San-Remo), Breuer, Chrobak, Prof. Czerny (Freiburg), Eisenschitz, Exner, Fleischl, Frisch, Funk, Geber, Gersuny, Gussenbauer, Hebra jun., Heitzmann, J. Hirschberg (Berlin), K. B. Hofmann, v. Hüttenbrenner, Ising, Kisch (Prag), Kohn, Kretschy, Prof. Ludwig, Menzel (Triest), Neudörfer, Obersteiner, Oser, Riegel (Würzburg), Ruben, Schenk, Schreiber, v. Schroff jun., Störk Ultzmann, Urbantschitsch, Welponer, Winiwarter, W. Winternitz, Wunderlich junior, u. a.

herausgegeben und redigirt von

Dr. Karl Bettelheim.

XIV. (Neue Folge IV.) Jahrgang. II. Band. 2. Heft.

Mai 1873.

Die „med.-chir. Rundschau“ erscheint Anfangs jeden Monates 5 bis 5½ Bogen stark. Alle Buchhandlungen und Postämter des In- und Auslandes nehmen Bestellungen an. Man abonnirt direct bei der Administration der „med.-chir. Rundschau“, Wien, Gonzagagasse Nr. 5, oder durch die k. k. Hof-Buchhandlung W. Braumüller & Sohn. Zuschriften für die Redaction werden franco erbeten an das Bureau der „med.-chir. Rundschau“ Wien, I., Gonzagagasse 5.

Pränumerations-Bedingungen:

Jährlich 5 fl., halbjährlich 2 fl. 50 kr., vierteljährlich 1 fl. 25 kr. Für das Ausland Jährlich 3 Thlr., halbjährlich 1½ Thlr., vierteljährlich 22 Sgr. Inserate werden per Zeile mit 20 kr. berechnet. Geldsendungen und Insertionsaufträge werden franco unter der Adresse „med.-chir. Rundschau“ in Wien, I., Gonzagagasse 5, erbeten.

Für den Buchhandel debitirt:

W. Braumüller, k. k. Hof- und Universitäts-Buchhändler in Wien.

Ausgegeben am 12. Mai 1873.

Einsendungen und Geldsendungen an die „Med.-chir. Rundschau“ sind zu adressiren: **Wien, I., Gonzagagasse 5.**

An die P. T. Leser! — Der verhältnissmässig geringe Umfang dieses Heftes möge mit der neuerlichen bedeutenden Preissteigerung der Wiener Druckereien entschuldigt werden. — Wir haben Sorge getragen, schon mit dem nächsten Hefte unsere Leser vollkommen entschädigen zu können und fügen nur noch die Bitte hinzu, dass jene Herren, welche mit ihrem Abonnementsbetrage noch in Rückstand sind, die Beträge baldigst einsenden mögen.

Inhalt.

I. Pathologie, medic. Klinik, Psychiatrie und Pädiatrik.

II. Medicinische Chemie, Pharmacologie, Therapie, Balneologie, Instrumentenlehre.

III. Chirurgie, Geburtshilfe, Gynäcologie.

I. Pathologie, medic. Klinik, Psychiatrie und Pädiatrik.

217. Ein Fall von Pulsus bigeminus nebst Bemerkungen über die Leberschwellungen bei Klappenfehlern und über acute Leberatrophie. Von Prof. Traube. (Berl. klin. Woch. Nr. 16 u. 19. 1872.) Traube lernte diese Pulsart zuerst bei Versuchen an Thieren kennen, und besteht das Wesen des Pulsus bigeminus darin, dass auf je zwei Pulse, die im Aortensysteme entstehen, eine längere Pause folgt. Vom Pulsus dicrotus unterscheidet er sich dadurch, dass bei letzterem auf je zwei Pulsationen nur eine Herzcontraction kommt, während beim Pulsus bigeminus zwei Herzcontractionen einander rasch folgen, die von den vorhergehenden und folgenden durch eine längere Pause geschieden sind. Traube beobachtete dieses Phänomen zuerst, als er bei curarisirten Thieren längere Athmungssuspension bis zum beginnenden Absterben des linken Ventrikels machte. Er fand dieses Phänomen ferner bei Thieren, denen er eine Substanz beibrachte, die erregend auf das gesammte Hemmungsnervensystem des Herzens wirkt, und denen er kurz nach der Vergiftung die Vagi durchschnitt. Traube schloss darum, dass zum Zustandekommen des Pulsus bigeminus zwei Bedingungen nöthig sind:

1. Das Herz muss dem Einflusse des spinalen Theiles seines Hemmungsnervensystems entzogen sein und zugleich muss
2. ein Agens mit dem Blute circuliren, welches den Erregungszustand des noch wirksamen cardialen Theiles des Hemmungsnervensystems zu steigern vermag.

Darnach könnte man aus dem Pulsus bigeminus bei Kranken auf eine Lähmung des spinalen Hemmungsnervensystems und gesteigerte Erregung dis cardialen Hemmungsnervensystems schliessen. Traube beschreibt nun weiterhin eine von ihm beobachtete Abart des Pulsus bigeminus, den sog. Pulsus alternans. Es folgt hier regelmässig auf einen hohen ein niedriger Puls und es ist dieser niedrigere Puls von dem nächstfolgenden hohen durch eine kürzere Pause geschieden, als von dem hohen Pulse, der ihm vorangeht. Die Krankengeschichte des betreffenden Kranken ist in Kürze folgende:

Einem 47jährigen Arbeiter, mässiger Potator, bisher gesund, rollte ein schweres Fass, das er die Treppe hinauf bringen wollte, gegen die Brust. Kurze Zeit nachher trat rasch zunehmende Athemnoth ein, indess ohne Husten und Stechen; nach 8 Tagen beim Versuche zu arbeiten neuerdings Exacerbation der Athemnoth. Nach einem Monat war er sub-

jectiv genesen und fühlte sich etwa 5 Monate subjectiv wohl. Dann neuerdings Dyspnoe, wieder ohne Husten und Brustschmerz.

Die Untersuchung ergab jetzt Folgendes: Spitzenstoss im 6. Intercostalraum, dicht nach aussen von der Mamillarlinie, abnorm resistent; ausserdem diffuse, systolische Elevation der ganzen regio cordis; systolische Einziehungen an der Spitze des Epigastrium und je eine im 5. und 6. Intercostalraum in der Gegend der Herzspitze. In der Gegend des Spitzenstosses ein systolisches Aftergeräusch, lauter, diastolischer Ton, in der Pulmonalgegend ein systolisches Geräusch und ein sehr verstärkter diastolischer Ton. Radialarterien abnorm gespannt; beim stärkeren Anfassen bemerkt man deutlich eine regelmässige Abwechslung hoher und niedriger Pulse. Auch die Pulscurve zeigte eine regelmässige Aufeinanderfolge höherer und niedriger Pulse und zeigte ferner, dass auf die höheren Pulse längere Pausen folgten, als auf die niedrigen. Bereits nach kurzer Zeit trat vollkommenes subjectives Wohlbefinden auf.

Allmälig traten Verdauungsstörungen auf, diarrhoische Stuhlgänge, sparsame Harnmenge. Der Puls wurde immer kleiner, die alternirende Beschaffenheit immer undeutlicher.

Zeitweise traten nun Anfälle von Angst und Luftmangel auf, die Leber war stark vergrössert, allmälig schwand jede Spur des Pulsus alternans, Hydrops, Cyanose traten auf, endlich noch hämorrhagische Infarcte in den Lungen. Die Diarrhoen mehrten sich, häufiges Erbrechen gesellte sich hinzu; in den letzten Tagen wurde eine bedeutende Abnahme des Lebervolumens constatirt, dagegen trat Icterus auf, endlich noch am Abdomen zahlreiche Extravasate. Grosse Unruhe des Patienten. Unter Zunahme des Icterus und der Extravasate, unter Fortdauer der Unruhe und Delirien collabirte der Kranke sehr rasch und erfolgte schliesslich der lethale Ausgang.

Aus dem Sectionsbefund ist hervorzuheben: Das Herz in allen Durchmessern stark vergrössert; an der vordern Wand beider Ventrikel grosse Sehnenflecke; beide Ventrikel stark dilatirt und hypertrophisch. An der Innenfläche des linken Ventrikels bereits cystisch erweichende Thrombusmassen. Klappen normal. Der aufsteigende Schenkel der Aorta sehr weit, im obern Theil des Bogens ein ausgedehnter parietaler, der Intima fest adhärirender Thrombus. In beiden Lungen hämorrhagische Infarcte. Milz vergrössert, sehr blutleer. Beide Nieren vergrössert, Parenchym indurirt. In der Mitte der kleinen Magencurvatur ein bohnenförmiges Geschwür mit unregelmässig ausgefressenen Rändern. Die Leber im Höhen- und Dickendurchmesser stark verkleinert, das Parenchym stark indurirt. Die Acini icterisch gefärbt und sehr verkleinert. In der Gallenblase wenig schmutzigbraune Galle.

Die Aorta sehr weit, zeigt sehr zahlreiche, zum Theil confluirende sclerotische Platten. Die Colonschleimhaut hyperämisch, im Colon adscendens eine Reihe oberflächlicher Substanzverluste.

Traube unterscheidet in diesem Falle fünf Krankheitsperioden:

In der ersten Periode latenter Verlauf, völlige Compensirung der Aortenaffection durch die Hypertrophie des linken Ventrikels.

In der zweiten Periode wurde der Patient anfangs nur bei stärkerer Anstrengung, später auch in der Ruhe von Dyspnoe gequält. Nachlass der compensatorischen Wirkung des linken Ventrikels und daher Stauung des pulmonalen Blutstroms, Hypertrophie des rechten Ventrikels.

In der dritten Periode zeigt sich als Folge der Digitaliswirkung ein im Allgemeinen gutes Befinden; es ist die Zeit kurz nach der Aufnahme des Patienten.

In der 4. Periode Abnahme der Harnmenge, Auftreten von Verdauungsstörungen, Anfälle von Luftmangel; beginnender Hydrops.

Im 5. Stadium Erscheinungen einer intensiven Reizung des gesammten Digestionstractus; Auftreten der Leberverkleinerung, der Delirien, des Icterus und der Extravasate.

Die Arteriensclerose muss, je mehr dadurch die Gefässe die Beschaffenheit starrer Röhren annehmen, umsomehr die Entleerung des linken Ventrikels hindern. Meistens aber ist eine derartige Veränderung der grossen Arterien nicht zu constatiren. Traube spricht sich insbesondere dahin aus, dass die Arterienerkrankung in der Regel nicht die Ursache der neben ihr bestehenden Herzaffection abgebe, sondern dass vielmehr beide nur Coeffecte gemeinsamer Bedingungen seien.

Arteriensclerose und Hypertrophie des linken Ventrikels entstehen häufig bei Potatoren, besonders wenn übermässige Muskelanstrengung damit verbunden ist. Der Grund der Herzhypertrophie ist zunächst in der übermässigen Arterienspannung zu suchen. Der Alcohol steigert aber nicht nur die Spannung des Aortensystems, er macht auch eine Verlangsamung des arteriellen Blutstroms. Demnach haben nach Traube die Herzhypertrophie und die Arteriensclerose eine Grundbedingung gemein, d. i. den gesteigerten Tonus der Arterienmuskeln, von dem die erhöhte Spannung des Aortensystems, dann die Hypertrophie des linken Ventrikels, die verlangsamte Blutströmung und die Sclerose abhängen.

Fälle, wie der eben mitgetheilte, kommen auch in der Privatpraxis nicht selten vor und hier sind nach Traube zwei andere Bedingungen vorzugsweise thätig, das übermässige Tabakrauchen und Stauungen im Pfortadersystem, hervorgerufen durch sitzende Lebensweise und übermässige Nahrungsaufnahme.

Bezüglich des oben beschriebenen Falles erwähnt endlich Traube, dass zur Zeit, als jenes Trauma einwirkte, die Hypertrophie des linken Ventrikels und die Arteriensclerose schon vorhanden gewesen seien. Durch jenes Ereigniss kam es zu einer übermässigen Ausdehnung des hypertrophirten linken Ventrikels und damit zu einer Compensationsstörung.

Traube erwähnt dann ferner, dass nicht, wie die gewöhnliche (? — Ref.) Ansicht sei, der Hydrops, sondern die Leberschwellung zu

den ersten Zeichen beginnender Stauung des Blutes im Körpervenensysteme gehöre.

Die microscopische Untersuchung der Leber wurde nicht vorgenommen. TRAUBE glaubt, dass es sich um eine acute Leberatrophie gehandelt habe, 1. wegen der raschen Verkleinerung, 2. wegen des Icterus, 3. wegen der Delirien, 4. wegen des Mangels febriler Erscheinungen.

Bezüglich des Pulsus alternans erwähnt schliesslich TRAUBE, dass er wenigstens zum Theil ein Digitalisproduct gewesen sei.

Er beobachtete das Phänomen insbesondere in der Periode, in der Patient eine grössere Quantität Digitalis genommen hatte. Mit der Abnahme der Digitaliswirkung begann auch der Pulsus alternans wieder zu verschwinden. Die Digitalis wirkt aber, wie TRAUBE gezeigt hat, erregend auf das Hemmungsnervensystem des Herzens. TRAUBE glaubt darum sich berechtigt, auch auf eine innere Verwandtschaft des Pulsus alternans und bigeminus zu schliessen. F. RIEGEL.

218. Die Grenzen des normalen Bronchialathmens. Von Dr. Arthur LIPPE (Dorpat.) (Deutsch. Arch. f. klin. Medic. IX. 6.) Verf. hat sich den widerstreitenden Angaben der Autoren gegenüber bemüht, die äussersten Grenzen des bronchialen Athmens kennen zu lernen. Personen, deren Lungen keine Anomalien boten, liess er bei entblösstem Oberkörper und über der Brust gekreuzten Armen mit offenem Munde tief in- und exspiriren, auscultirte dabei (stets nur mit dem Stethoskope) und achtete darauf, dass keine störenden, forcirten Nebengeräusche im Munde entstanden, da diese (nach SEITZ und ZAMMINER, 1860, jedoch nach LIPPE selber nicht) bronchiales Athmen über dem ganzen Thorax hervorbringen können. Er auscultirte zuerst die Halswirbelsäule, hierauf die nächsten proc. spinosi überall soweit das bronchiale Athmen zu hören war, bezeichnete den obersten und den untersten so gefundenen Punkt mit einem Striche, setzte ferner das Stethoskop beiderseits neben der Wirbelsäule an, ging wieder parallel mit der Wirbelsäule nach abwärts und zeichnete schliesslich die Figur, welche durch die mit einander verbundenen Grenzpunkte gegeben war, auf durchscheinendem Papiere durch. Dabei mass er stets auch den Brustumfang und die Körperlänge und bemühte sich, da ein bestimmtes Verhältniss aufzufinden.

Es ergab sich unter anderem, dass das Bronchialathmen nicht, wie man geglaubt hatte, jedesmal um so ausgebreiteter war, je magerer das betreffende Individuum war: LIPPE meint, es hänge diess vielmehr von der grösseren oder geringeren Entfernung des Bronchus von der Wirbelsäule ab; wie der Schädel, so sei auch die Wirbelsäule ein guter Schallleiter. LIPPE will auch in 5 Fällen (bei schlecht genährten Individuen) deutliches Bronchialathmen längs der Lendenwirbelsäule und selbst auf dem Os sacrum gehört haben.

Oefters erhielt Verf. Figuren, aus denen er „die anatomische Anordnung der Bronchi gewissermassen durchsieht“ (Winkelstellung, rechts länger als links.)

Verf. fasst schliesslich seine Ergebnisse dahin zusammen:

1. Das Bronchialathmen ist stets in der Gegend des 7. Halswirbels zu hören, in den seltensten Fällen nur hier allein, gewöhnlich noch in einer verschieden grossen Ausdehnung nach abwärts von dieser Stelle. 2. Nach abwärts vom 7. Halswirbel ist dasselbe in den seltensten Fällen nur auf die r. Thoraxhälfte allein beschränkt (unter 213 Fällen 4mal), in der Regel auf beiden Seiten hörbar. 3. Die Ausdehnung des Bronchialathmens am Rücken steht im umgekehrten Verhältnisse zu der Differenz zwischen Brustumfang und halber Körperlänge. In den ersten 4 Decennien des Lebens findet eine allmälige Zunahme dieser Differenz statt, und andererseits eine allmälige Abnahme der Ausdehnung des Bronchialathmens. In den späteren Decennien vergrössert sich die letztere, während zugleich die Differenz sich vermindert. Mit dem 60. Jahre hat das Bronchialathmen wieder denselben Umfang erreicht wie im 1. Decennium. BETTELHEIM.

219. Weitere Beiträge zur Casuistik der Staubinhalations-Krankheiten. Von Dr. MERKEL. (Deutsches Archiv für klin. Medicin. IX. Band. 1. Heft.) I. Siderosis pulmonum. Eine 29jährige Dienstmagd, die bereits seit mehreren Jahren an Husten litt, zeigte bei der Aufnahme folgende Erscheinungen: Hochgradige Abmagerung, starke Dyspnoe. Beiderseits ziemlich weit nach abwärts reichende Schalldämpfung, in der Spitze beiderseits, besonders links, cavernöse Erscheinungen. Die Sputa eitrig confluirend, schmutzig-ziegelroth. Microscopisch enthielten dieselben Eiter- und Schleimzellen, Epithelzellen, elastische Fasern und enorme Massen eines staubförmigen, ziegelrothen Farbstoffs, der sich als Eisenoxyd ergab.

Die Section ergab in der Mitte des r. Oberlappens einen kindsfaustgrossen, mit einem ziegelmehlfarbigen Detritus gefüllten und mit fetzig-nekrotischen Wänden versehenen Herd; die Umgebung desselben luftleer, zum Theil brüchig, schmutzig-roth. Der Oberlappen ist ausserdem lufthaltig, durch punktförmige alveoläre und streifige Einlagerungen ziegelroth gezeichnet. In der Spitze einige keilförmige derbe, graue Knoten, die streifige und netzförmige ziegelrothe Einlagerungen zeigen.

Die Oberfläche des l. Unterlappens gleichmässig ziegelroth gefärbt. Im l. Oberlappen eine sehr grosse Caverne. Im Unterlappen dieselben rothen Einlagerungen wie rechts. Auch in den Bronchialdrüsen schmutzig braunrothe Einlagerungen.

Die Knotenbildung in den siderotischen Lungen hatte demnach nur in der Inhalation des von aussen eingeführten Eisenoxydstaubes ihren Grund. Die Anamnese ergab, dass die Kranke bis vor 7 Jahren in einem Goldpapierbüchlein-Geschäft gearbeitet hatte.

II. Anthrakosis pulmonum. Ein 30jähriger Eisengiesser erkrankte plötzlich unter ziemlich heftigen Allgemeinerscheinungen; anfangs bestand nur mässiger Catarrh, bald gesellte sich Hämoptoe hinzu, dann rasche Abmagerung, Albuminurie, Delirien u. dgl. mehr und unter comatösen Erscheinungen ging Patient bald darauf zu Grunde. Die Section ergab: Rechts oben schwielige Induration, in der Mitte des Oberlappens ein Hohlraum mit eitrigem Inhalt. Ausserdem zerstreute graugelbliche käsige Herde, viele sehr derbe, dunkelschwarze Knoten. Auch in der l. Lunge viele derbe, dunkelschwarze Knoten und einige Käseherde. Auffallend in beiden Lungen ist insbesondere die starke punkt- und netzförmige schwarze Pigmentirung.

Es fanden sich demnach drei Processe neben einander: schwielige Knotenbildung, käsige Pneumonie und echte Tuberculose. Verfasser glaubt, dass die hier vorgefundenen Processe auf die Inhalation von Kohlenstaub zurückzuführen seien, und — dass überhaupt ein grosser Theil der bei Arbeitern beobachteten Lungenschwindsucht in Staubinhalations-Krankheiten ihren letzten Grund finde.

Diesen Fällen schliesst Vf. noch folgenden dritten an: Ein Arbeiter hatte 17 Jahre lang in einer Ultramarinfabrik gearbeitet, jedoch bereits bald nach seinem Eintritt in die Fabrik zu kränkeln begonnen. Jetzt war der Kranke stark abgemagert, beiderseits fand sich Spitzendämpfung, rechts Cavernen in der Spitze. Der Tod trat ganz plötzlich und unerwartet ein.

Die Section ergab: Die r. Lunge, besonders oben, verdichtet, derb, von auffallend blaugrauer Farbe. Die Bronchien erweitert, die Schleimhaut stark geröthet und gewulstet, stellenweise mit scharf markirten blauen Flecken besetzt. Der l. Oberlappen im Wesentlichen ebenso, unten Oedem. Die Nieren enthielten mehrere keilförmige Narben. Die genaue Untersuchung ergab: Das Gewebe ist tief dunkelblauschwarz, homogen, grösstentheils luftleer. In dem einen Stückchen fanden sich verschiedene Kohlräume, deren Inhalt aus dunkelblauschwarzem Brei bestand. Dieser setzte sich microscopisch zusammen aus Unmassen von Holzkohlenfragmenten, Zellendetritus und Cholestearintafeln; daneben nadelförmige Fett-Krystalle. Das interlobuläre und interalveoläre Bindegewebe war bedeutend gewuchert und sehr derb. Es handelte sich demnach hier um chronische indurirende, interstitielle Pneumonie, mit cylinderischen und sackförmigen Bronchiectasien und es hat gewiss die Annahme Wahrscheinlichkeit, dass die Kohlenstaub-Inhalation die Ursache der Lungenerkrankung gewesen ist, die ursprünglich von einer einfachen Bronchial-Reizung ausgegangen sein mag. Riegel.

220. Dr. Douglas Cunningham's Untersuchungen über das Verhältniss mikroskopischer Organismen zur Cholera in Indien. (Zeitschr. für Biolog. VII. 2.) C. hat in Indien, in der Heimat der Cholera, die Dejectionen von 100 Cholerakranken mikroskopisch untersucht und mit ebensoviel

Deject. anderer, auch an Diarrhoe erkrankter Individuen verglichen; er hat die im Trinkwasser vorkommenden Organismen und die noch in Indien vorkommenden mikroskopischen Pilze studirt und sie mit den in den Dejectionen aufgefundenen verglichen. Aus allen diesen Untersuchungen findet C. den Beweis, dass bis jetzt noch kein mikroskopischer Organismus als Cholerakeim oder als Choleraträger anzusehen sei.

In der Choleradejection finden sich: 1. Epithelzellen nur in sehr wenigen Fällen; 2. rothe Blutkörperchen häufiger, fehlen aber auch sehr oft; 3. gewisse Amoeben und Monaden in dem für ihre Entwicklung sehr günstigen Boden der Choleradejection, indessen kommen sie nicht allein hier vor; 4. Vibrionen und Bacterien sind in frischen Dej. nicht in besonderer und in faulenden nicht in unverhältnissmässiger Menge nothwendig, sie haben auch durchaus keine specifische Form; 5. Pilze sind nur zufällig und ausnahmsweise vorhanden; 6. regelmässig tritt eine grosse Anzahl von neuen Zellen im Darmcanal auf, die aber nicht allein in Cholerafällen erscheinen, obschon sie gerade hier beständig und massenhaft vorkommen.

Mit anderen Dejectionen verglichen findet sich zur Zeit nach C. in den Choleradej. keine Zelle oder Körper, der niemals in den ersteren zu finden wäre, nur begünstiget die aus dem Blute transsudirte Flüssigkeit die Entwicklung der dem Organismus angehörigen und namentlich auch der ihm fremdartigen Zellen. (Vergl. „Rundschau“ 1872, Nr. 562, R.) Baer.

221. Zungenlähmung in Folge von Haemorrhagie in die medulla oblongata. Von Dr. Hughlings Jakson. (Lancet 30. Nov. 1872.) Nach einem Sonnenstiche war der Kranke von linksseitiger Hemiplegie und von Zungenparese befallen worden. Nachdem sich die Erscheinungen gebessert hatten, wurde er nach 3 Jahren plötzlich wieder bewusstlos und verlor die Sprache vollkommen, da die Zunge gänzlich gelähmt war.

Nach weiteren 3 Jahren traten auch die allgemeinen Lähmungserscheinungen wieder auf und der Kranke ging zu Grunde.

Die von dem bekannten englischen Hirnanatomen Lokhart Clarke vorgenommene Section zeigte eine ausgebreitete Atheromatose der Hirnarterien und Erweichung im Grosshirn und Kleinhirn.

Ausserdem fand sich ein alter Bluterguss im rechten Seh- und Streifenhügel (daher Anfangs die linksseitige Hemiplegie) und ein weiterer veralteter Blutaustritt in das linke corpus olivare.

Sonderbar erscheint es, wenn auch die Laesion der einen Olive als Ursache der Zungenlähmung angesehen werden muss, dass bei dem einseitigen Sitze der Verletzung doch beide Zungenhälften gelähmt waren.

Aehnliche Fälle können unter Umständen leicht mit der Paralysis glosso-pharyngolabialis oder auch mit herdweiser Sklerose verwechselt werden; das plötzliche Auftreten der Erscheinungen wird einen solchen diagnostischen Irrthum hintanhalten. Obersteiner.

222. Phimose als Ursache von Pyurie. Von Dr. Rob. JORDAN. (Med. Times and Gaz. 1141.) Bei einem 6 Monate alten Knaben, der an Hypospadie und Phimose geringen Grades litt, trat eine chronische Pyurie auf. Durch die Untersuchung der Harnröhre und Harnblase konnte nichts Abnormes nachgewiesen werden. Es entwickelte sich bei dem Kinde ein uraemischer Zustand, in welchem es starb. Bei der Obduction fand man eine stark hypertrophische Harnblase, die Uretheren in ihrer Wand namhaft verdickt und erweitert, in der rechten Niere ein sehr vorgeschrittenes Bild von Hydronephrose. Die erweiterten Nierenbecken der rechten Niere sind mit Eiter gefüllt und communiciren mit einem Psoasabscesse derselben Seite. In der linken Niere sind dieselben Veränderungen in geringerem Grade vorhanden.

Dr. Rob. J. leitet die Veränderungen im uropoetischen Systeme ausschliesslich von der ganz geringen Phimose ab. EISENSCHITZ.

223. Bemerkungen über Facialisparalyse. Von Dr. C. TRYDE (Kopenhagen). (Nord. med. Ark. II, 12 — Schmidt's Jahrb. 154. 6.) Bei Facialislähmungen kommen oft sensitive Störungen (Geschmackslähmung, Gefühlslähmung des Gesichtes) vor: namentlich ist oft das Schmerzgefühl gegen die Electricität in den gelähmten Muskeln und den entsprechenden Hauttheilen herabgesetzt, selten vermehrt. Ferner kömmt bei rheumatischen Facialislähmungen Hyperästhesie des Acusticus, auch Abschwächung des Gehörs vor, nach Verf. durch Lähmung des M. stapedius. In einem solchen Falle erzielte el. Behandlung (Anode am Ohre, Kathode peripher) bald Heilung.

Ferner hat TRYDE das vor ihm noch nicht beobachtete Zusammentreffen von Facialisparalyse und Herpes Zoster 3mal gesehen (wahrscheinlich wurde das Leiden durch Anastomosen zwischen den Cervicalnerven und dem Facialis fortgepflanzt).

Die Untersuchung muss mit dem Inductions- und (mit wechselnder Stromesrichtung) auch mit dem constanten Strome geschehen. —

Die Krankheit geht (u. zwar noch mehr die peripherische als die centrale Lähmung) gerne in unvollständige Heilung über, es bleibt namentlich gerne Thränenfluss und vermehrte Schweissbildung übrig. Contractionen, die oft als Zeichen bevorstehender Heilung angesehen werden, lassen gerade unvollständige Herstellung befürchten. Solche Contractionen will Verf. nie bei peripherischen Lähmungen gesehen haben (wie Ref. glaubt, ist diess nicht richtig; in Einem Falle wenigstens von bestimmt peripherer Facialislähmung hat Ref. solche Contractionen gesehen; der Fall heilte auch unvollständig). Auch klonischen Krampf (eigentlich nur Mitbewegungen) in den gelähmt gewesenen Muskeln — leicht zu verwechseln mit Tic convulsiv — hat Verf. 3mal beobachtet. Verf. gibt die folgende Erklärung der Pathogenese dieser Mitbewegungen.

Wenn sich bei Abnahme der Lähmung in den einzelnen Nervenzweigen die Leitungsfähigkeit nicht gleichmässig wieder herstellt — sich also in manchen ein kleinerer Leitungswiderstand findet, so muss, da jede Einzelbewegung eines einzigen Muskels selbst nur vermittelst

combinirter Innervation ganzer Muskelgruppen zu Stande kömmt — der gesammte Bewegungsimpuls vermehrt werden, um das Hinderniss auf der Einen Strecke zu überwinden; während es dem Kranken nun vielleicht nicht einmal gelingt, die gewollte isolirte Muskelbewegung auszuführen, entstehen lebhafte Zuckungen in Muskeln, deren Bewegung nicht beabsichtigt worden war. Die Zuckungen kommen gar nicht selten in denjenigen Muskeln vor, deren Nerven bei (electr. ?) Behandlung zuerst ihr Leitungsvermögen wieder erlangt hatten; oft ist es Verf. gelungen, die Zuckungen durch starke Elektrotonisirung des entsprechenden Nerven, namentlich mit der Anode zu schwächen.

Verf. glaubt, dass die electr. Contractilität sowohl bei centralen (? Ref.) als bei peripherischen Lähmungen abgeschwächt sein könne.

Eine wahrscheinlich dem Schreiberkrampfe ähnliche Beschäftigungsneurose beobachtete Verf. an einem Tubabläser, der zuerst leichter beim Blasen ermüdete, die tieferen Töne schwerer hervorbrachte und dabei ein von der Oberlippe ausgehendes und auf die Unterlippe übergehendes Zittern bekam. —

Die Prognose ist günstiger bei peripheren als bei centralen Lähmungen, von den ersteren haben solche, bei denen der Sitz der Affection im Canalis Fallopii ist, Neigung zu unvollständiger Heilung; Suppuration im Ohre ist ungünstig.

Verhält sich die electr. Contractilität im Laufe der ersten Wochen natürlich, so lautet die Prognose: je geschwächter die Contractilität, desto länger wird die Lähmung noch dauern. Ist nur die faradische Contractilität vermindert, dann kann die Lähmung im Allgemeinen in 1—2 Monaten gehoben werden; ist die faradische Contractilität vollständig aufgehoben, die galvanische stark vermindert, so tritt selten vollständige Heilung ein und keineswegs vor Jahresfrist. Kehrt unter der Behandlung nur die galvanische Contractilität zurück, so bedeutet das noch keine günstige Prognose, die faradische Contractilität kann sich in den Muskeln noch natürlich verhalten, selbst wenn deren Nerven schon seit Monaten von den Centraltheilen des Nervensystems getrennt sind.

Fälle, in denen die el. Contractilität in den ersten Wochen sich natürlich verhält oder nur wenig geschwächt ist, heilen ziemlich sicher ohne alle Behandlung. Die Heilung dürfte durch (galvanische) Behand-der einzelner Muskeln beschleunigt werden.

Hat die Kr. über 3 Monate bestanden, ist nach Verf. keine vollständige Heilung mehr zu erwarten. Dass anscheinend gleichartige Fälle bei derselben Behandlung ein so verschiedenes Verhalten zeigen, mag von der Ursache, dem Sitze, der Ausbreitung und Stärke der Lähmung abhängen. In des Verfassers Fällen trat die Besserung um so später ein, je später mit der Behandlung mit dem galvan. Strome begonnen wurde. Mitunter scheint auch der Inductionsstrom allein vollkommene Heilung herbeiführen zu können. In älteren Fällen wendet T.

die Galvanisation, in frischeren abwechselnd diese und die Faradisation an; diese Abwechslung ist auch angezeigt, wenn nach längerer Galvanisation die Besserung einen Stillstand zeigt. Die Besserung schreitet oft stossweise fort, in Zeiträumen, die der Abwechslung in der Behandlung entsprachen.

So lange die galv. Contract. gesteigert ist, soll man die betreffenden Muskeln niemals einer bedeutenderen Stromstärke aussetzen, namentlich soll man keine starken Abwechslungen, am allerwenigsten aber vollständige und plötzliche Unterbrechungen anwenden, da sonst leicht Contracturen entstehen. — Bestehende Contracturen werden am besten mit starken constanten Strömen behandelt. BETTELHEIM.

224. Epilepsie nach Quetschung des N. ischiadicus. Von Dr. SCHÄFFER. (Aerztliches Intelligenzblatt 1872. 45.) Aehnlich wie in dem bekannten Fall BILLROTH's wurden epileptische Anfälle, die auf eine Quetschung des N. ischiadicus zurückgeführt werden konnten, auch hier durch einfaches Bloslegen des Nerven geheilt.

Der Kranke hatte bei Orleans eine Kugel in den Oberschenkel erhalten, deren Auffindung mehrmaligen Versuchen nicht gelingen konnte. $3^1/_2$ Monate nach der Verwundung traten die ersten Krämpfe auf, die immer häufiger und stärker wurden.

Auf inständiges Bitten des Kranken schnitt SCHÄFFER an der Stelle ein, welche der Kranke als Sitz der Kugel bezeichnete, legte den N. ischiadicus bloss und trennte das ihn umgebende Bindegewebe ohne die Kugel auffinden zu können; trotzdem waren von nun an die epileptischen Anfälle vollkommen geschwunden. OBERSTEINER.

225. Fall von Verletzung des obersten Theiles des Dorsalmarkes mit excessivem Sinken der Körpertemperatur und des Pulses. Mitgetheilt von Dr. WEBER. (Bericht der clinical Society of London. Lancet. I, 6. 1873.) Am 5. Oct. fiel ein 60jähriger Mann 15 Fuss hoch auf die ausgestreckten Arme und war nur kurze Zeit bewusstlos. Bei der Untersuchung klagte er über Schmerzen in den Schultern und im Rücken. Es zeigte sich vollständige sensible und motorische Lähmung der unteren Extremitäten und des Rumpfes bis in die Höhe des zweiten Intercostalraumes. Keine Verletzung der Wirbelsäule nachweisbar. Temperatur 35, 1° C.; Puls 52 (regelmässig und kräftig; Respiration 18, nur Zwerchfellathmung) Bewusstsein vollständig erhalten, Appetit normal. — Die Therapie bestand in ruhiger Lage und Application von 20 Schröpfköpfen am Rücken. Am 3. Tage begann die Temperatur zu sinken, nachdem sie sich bis auf 37, 0° erhoben hatte. Am 10. Oct. Temp. 35, 4° C, Puls 52, Resp. 16.; am 12. Oct. Temp. 32, 3° C. und 31, 0° C. Puls 42, Resp. 14; am 14. Oct. bei noch vollständig erhaltenem Bewusstsein und regelmässiger Verdauung Temp. 27, 3° C. Puls 30. Dann trat Lungenödem ein und der Kranke starb am 15. Oct. mit einer Temp. von 26, 5° C.

Dabei war nur eine sehr geringe Differenz zwischen den Temperaturen der verschiedenen Körpertheile (Achselhöhle, Rectum, Mundhöhle) vorhanden. Bei der Necroscopie fand sich ausser dem Lungenödem eine Verschiebung des ersten Rückenwirbels auf den zweiten ohne

Fractur. An dieser Stelle zeigte sich ein Bluterguss in die Dura mater und rothe Erweichung des Markes.

Dr. GREENHOW erwähnt einen Eall von Gehirnatrophie mit Sinken der Temperatur bis auf 28, 9° C., Dr. RASCH einen Fall von Paralyse nach einem Sturz auf den Nacken mit einer Temperatur von 31, 6° C.

[Schon LÖWENHARDT (1868: allg. Zeitschrift für Psychiatrie XXV 685) hat über 4 Fälle von Maniacalischen berichtet, die vor dem Tode, selbst mehrere Tage vor dem Tode Temperaturen von 25°, 29,5°, 23,75°, 28° C. zeigten. Ref.] WUNDERLICH jun.

226. Ueber Diphtherie. (Vortrag von Dr. SENATOR, gehalten in der Berl. med. Gesellschaft, 17. April 1872. Berl. klin. Wochenschrift.) Die Pilze haben für die Diphtherie keine specifische Bedeutung, trotzdem sie in die Blut- und Säftebahnen übergehen, denn man findet dieselben Pilze auch bei ganz gesunden Individuen, man findet sie auch im Harne derselben und sie verhalten und entwickeln sich ganz so wie im Harne von Diphtheritiskranken, ganz besonders aber desshalb, weil bei primärer Larynx-Diphtherie mit oder ohne nachfolgender Pharynxaffection in den Croupmembranen sich jene Pilzelemente nicht finden, wenn nicht eine Uebertragung aus der Mundhöhle (z. B. bei Tracheotomirten) stattgefunden hat.

Die diphtheritische Infection äussert sich als blosser Catarrh, oder als epitheliale Degeneration, unrichtig croupöse Pharingitis genannt oder als necrotisirende Entzündung mit Infiltration der Schleimhaut, eigentliche Diphtherie oder als Angina gangraenosa oder als echter Croup.

Keine dieser Formen ist übrigens für die Diphtherie absolut charakteristisch, epitheliale Degenerationen und acute Verschorfungen kommen auch häufig bei Schwerkranken überhaupt vor.

Auch die diphtheritische Lähmung, ihr Sitz und ihre Ausbreitung bieten nichts Charakteristisches, sie ist analog den puerperalen Lähmungen, der Paraplegie urinaria, den Lähmungen nach Dysenterie, in bestimmter Abhängigkeit vom Sitze der Localaffection, von welcher aus sich weiter schleichende Veränderungen der Nerven (Neuritis migrans) entwickeln.

SENATOR spricht sich gegen alle energischen Localbehandlungen der Rachendiphtherie aus.

Die an den Vortrag von SENATOR sich anlehnende Discussion nahm ziemlich grosse Dimensionen an. Neues wurde dabei jedoch nicht vorgebracht und wir gehen nur auf diese Discussion ein, um eben die Anschauungen einzelner der an der Discussion Betheiligten in Kürze wiederzugeben.

WALDENBURG meint: Im klinischen Sinne ist keine Trennung zwischen Croup und Diphtherie zu machen, dieselbe Krankheitsursache kann Croup und Diphtherie erzeugen; in einem zweiten Satze wird aber

so ziemlich klar ausgesprochen, dass Croup und Diphtherie toto coelo verschieden ist, denn Diphtherie ist eine contagiös-miasmatische, von der Jahreszeit unabhängige etc. Krankheit, Croup eine nicht contagiöse, rein locale, entzündliche Affection. Für nunmehr ausgemacht hält WALDENBURG, dass die Diphtherie eine primär-locale Krankheit sei und erst secundär sich das Allgemeinleiden einstellt, wie weit dabei aber die Pilze betheiligt seien, ist noch unentschieden.

Die Laryngitis crouposa ist antiphlogistisch, die Diphtherie tonisirend zu behandeln, für die letztere ist die locale Therapie von grösster Wichtigkeit, auch er verwirft — wie jeder der nachfolgenden Redner — die Cauterisation und empfiehlt als Solventia: Aq. Calcis, die nur dann gute Dienste leistet, wenn man sie oft und lange inhaliren lässt, die Bromdämpfe, und als desinficirend die Carbolsäure.

TRAUBE erklärt die Diphtherie für eine eigenthümliche, specifische Krankheit, die entweder eine necrotisirende oder pelliculäre Entzündung und zwar oft beide Formen neben einander, produciren kann.

Er lobt die Wirkung der grauen Salbe bei kräftigen Individuen, um das Uebergreifen vom Pharynx auf den Larynx zu verhüten; bei stark schwitzender Haut bewirkt die Salbe Eczeme und ist daher zu vermeiden; er wendet auch die Aq. Calcis an, ätzt nie; tonisirende Behandlung aber ist nach seiner Anschaunng nur am Platze, wenn heftiges Fieber mit Collaps vorhanden ist.

LEWIN unterscheidet eine proto- und deuteropathische Diphtherie. Die erstere ergreift vorzugsweise mit P f l a s t e r e p i t h e l bekleidete, mit der atmosphärischen Luft in Communication stehende Schleimhäute: Pharynx, pallat. molle und durum, arcus palatini, uvula, tonsillae, Zungenwurzel, Conjunctiva und Vaginalschleimhaut; — Fiebererscheinungen fehlen ganz oder sind geringen Grades. — Der Process geht sehr häufig spontan zu Grunde, seltener schreitet er auf den Larynx fort und kann auch dort spontan zu Grunde gehen oder zu einem schweren Allgemeinleiden führen. Das Contagium bei der protopathischen Form der Diphtherie wirkt ausser auf die früher erwähnten Organe auch noch auf das Cavum pharyngo-nasale, die Choanen, den Oesophagus und die Haut.

Bei dieser Form waltet die Tendenz vor, sehr rasch auf die Luftwege fortzuschreiten; das immer dem Localprocesse vorhergehende Fieber beweist, dass die Allgemeinintoxication hier das Primäre ist.

Das Contagium bei der deuteropathischen Form ist mehr flüchtiger, bei der protopathischen mehr fixer Natur, daher diese sporadisch, jene epidemisch auftritt. Die locale Therapie leistet bei der deuteropathischen Form nichts.

Eine dritte Form der Diphtherie ist die secundäre, wahrscheinlich abhängig von einem flüchtigen Contagium, das durch den Einfluss putrider Substanzen auf die Schleimhäute sich geltend macht.

In klinischer Beziehung stellen Croup und Diphtherie vollständig gleiche Bilder dar, anatomisch verhalten sie sich wie Ein- und Auflagerung, die anatomische Verschiedenheit ist bedingt durch die physiologische Beschaffenheit der erkrankten Schleimhaut (Pflaster-, Flimmerepithel). Für diese Anschauung, welche LEWIN mit grosser Bestimmtheit ausspricht, bringt er jedoch keine neuen, sondern schon oft ausgesprochene Motive bei, als das Zusammentreffen beider Processe in einem und demselben Individuum, die Abhängigkeit des Croup von Flimmer-, der Diphtherie von Pflasterepithelauskleidung, das ausserordentlich seltene Vorkommen des primären Kehlkopf-Croups u. s. w.

Er bemerkt dem primären Kehlkopf-Croup gegenüber, dass die meisten Fälle wohl auf diagnostische Irrthümer zurückzuführen seien, bei vielen dürfte der diphtheritische Process im Kehlkopf übersehen worden sein oder es kann der Process als diphtheritischer in der Pflasterepithelregion des Kehlkopfes begonnen haben oder endlich es kann eine Verwechslung mit schweren Fällen von catarrhalischer Laryngitis vorliegen, weil häufig nur der Kehlkopfspiegel eine sichere Differenzirung möglich macht.

FRÄNKEL widerspricht der Ansicht, dass Croup und Diphtherie scharf abgegrenzt nach der physiologischen Beschaffenheit der ergriffenen Epithelien vorkomme.

Er schlägt als neues Solvens für Membranen das Pepsin vor, für das er noch den theoretischen Grund beibringt, dass Diphtherie im Magen so ausserordentlich selten beobachtet wird, obschon zur Infection der Magenschleimhaut so vielfach Gelegenheit geboten ist.

EISENSCHITZ.

227. Ueber Laryngoscopie von C. STÖRK. — 228. Ueber Diagnose und Behandlung der Stimmbandlähmung von C. GERHARDT. (Sammlung klinischer Vorträge in Verbindung mit deutschen Klinikern, herausgegeben von R. Volkmann. Nr. 36.)

I. Ueber Laryngoscopie von Dr. C. STÖRK in Wien.

Nach einer kurzen Erwähnung der unzureichenden Versuche älterer Autoren, das Innere des Kehlkopfes dem Auge zugänglich zu machen, gedenkt Verf. insbesondere der bahnbrechenden Erfolge TÜRKS und CZERMARKS.

Mit Recht betont er, dass zumal den Bemühungen CZERMARKS, insbesondere seinen Demonstrationen, die er persönlich an vielen Orten gab, die ungewöhnlich rasche Verbreitung der Laryngoscopie ihre Entstehung verdankt.

Die Erfolge der Laryngoscopie sind indess nicht nur bezüglich der Diagnostik, sondern auch bezüglich der Heilerfolge grossartige. Die Mittel zur Laryngoscopie setzen sich zusammen aus einem guten Beleuchtungsmittel und einem Kehlkopfspiegel.

Bezüglich des Materials der Spiegel spricht auch STÖRK wie die Mehrzahl der Laryngoscopiker sich zu Gunsten der Glasspiegel aus. Von den zahlreichen Formen des Kehlkopfspiegels ist die runde die am meisten verbreitete, einfach desshalb, weil sie für alle Fälle anwendbar ist, weil sie ebenso gut rechts wie links eingeführt werden kann.

Für die meisten Zwecke reicht das gewöhnliche Tageslicht nicht zur Beleuchtung des Kehlkopfinnern aus; man verwendet darum künstliche Beleuchtung oder das Sonnenlicht. Bei der Benützung des letzteren verwendet man am besten Planspiegel mit einem Stativ. Will man die ganze Luftröhre sehen, dann muss man das Licht von unten nach oben leiten; man fängt hiebei durch den Planspiegel die Sonnenstrahlen am Stubenboden auf; der Kranke steht nach vorne gebeugt mit herausgestreckter Zunge und der Kehlkopfspiegel muss nahezu horizontal am weichen Gaumen gehalten werden.

Wegen des häufigen Fehlens des Sonnenlichtes ist man oft gezwungen, künstliche Beleuchtung zu verwenden. Zu Demonstrationen vor einem grösseren Hörerkreise empfehlen sich am besten die mit Wasser gefüllten Glaskugeln oder Wasserlinsen. Unter allen Beleuchtungsapparaten ist der transportable Stirnbindenhohlspiegel der allerverbreitetste. STÖRK empfiehlt, den Hohlspiegel vor das rechte Auge zu stellen, derart, dass die durchbrochene Stelle im Centrum des Spiegels gerade vor dem Auge des Untersuchers zu stehen kommt.

Hat man den Kehlkopfspiegel an die richtige Stelle am weichen Gaumen geführt, dann kann man nun das Kehlkopfsbild erkennen; häufig kann man indess auch jetzt nur einen Theil, meist den hintern Abschnitt sehen. Durch verschiedene Phonationsversuche, die man den Kranken machen lässt, gelingt es, allmälich den Kehlkopf und alle seine Theile in ihrer ganzen Ausdehnung zu sehen.

In den Fällen, in denen es nicht gelingt, den gesunkenen Kehldeckel aufzurichten, verwandte man früher die verschiedensten Instrumente; es genügt indess vollkommen, eine Sonde zu krümmen und mit dieser den Kehldeckel aufzuheben.

Lässt man den Kranken einen gedehnten Phonationsversuch machen, dann kann man das Stimmband deutlich seiner ganzen Länge und Breite nach schwingen sehen. Erkranken die wahren Stimmbänder, dann tritt allsogleich die vicariirende Bewegung des falschen Stimmbandes ein. Das falsche Stimmband ist zum vollständigen Abschluss der Glottis befähigt, und es schützt wie die wahren Stimmbänder die Luftwege vor dem Eindringen fremder Körper. Beim Phoniren dagegen leisten die falschen Stimmbänder nur insoweit Dienste, als ihre Dicke es gestattet, und sind dieselben eben desswegen zur Erzeugung hoher Töne nicht geeignet. Von besonderer Bedeutung erscheint noch der Ventriculus Morgagni, insoferne er die zarten, feinen und schnellen Bewegungen der wahren Stimmbänder ermöglicht.

II. Ueber Diagnose und Behandlung der Stimmbandlähmung von Professor C. GERHARDT in Jena.

Ein 45jähriger Krankenwärter, der bereits seit Langem an Husten litt, wurde vor etwa 3 Tagen heiser. Der Kranke hat permanente Fistelstimme und die Spiegeluntersuchung ergibt, dass das r. Stimmband fast unbeweglich ist, während das l. bei der Intonation über die Mittellinie hinüber sich bewegt. Befühlt man beide Schildknorpelplatten beim Aussprechen eines Vocales, so kann man sich von den beträchtlich geringeren Vibrationen auf der rechten Seite gegenüber der linken gleichfalls überzeugen. Der Kranke hat ausserdem alle Zeichen einer Schrumpfung und eines chronischen Catarrhs der rechten Lungenspitze, und es ist darum sehr wahrscheinlich, dass eine Verschlimmerung dieses chronisch-pneumonischen Processes den rechten N. recurrens irgendwie geschädigt und so das Stimmband in die Cadaverstellung geführt hat.

Die Stimmbandlähmungen charakterisiren sich im Allgemeinen durch verminderte Bewegung eines oder beider Stimmbänder bei Ausschluss mechanischer Hindernisse. Während es Stimmbandlähmungen gibt, die ohne Stimm- und Athmungsstörungen verlaufen, ist die Stimme stets dann erloschen, wenn beide Stimmbänder zur Annäherung oder Spannung untauglich geworden sind. Wo nur Ein Stimmband gelähmt ist, spricht der Kranke in Fistelstimme: Es geht dann das gesunde Stimmband über die Mittellinie hinaus dem kranken entgegen und bedingt durch alleinige Schwingung seines Randes die Fistelstimme. In andern Fällen verliert die Stimme nur an Umfang und Höhe oder umfasst nur noch wenige Töne oder selbst nur einen Ton. Dagegen ist bei der Lähmung beider m. crico-arytaenoidei postici die Stimme rein, die Respiration aber beträchtlich erschwert. In diesem Falle sieht man auch beim tiefen Einathmen die Ränder der Stimmbänder sich nicht von einander entfernen.

Nach GERHARDT gelingt es in vielen Fällen, die richtige Diagnose bei Kehlkopfkranken schon vor der Anwendung des Spiegels zu stellen. Am leichtesten gelingt diess bei der intermittirenden Stimmbandlähmung, die darin besteht, dass der Kranke täglich während einiger Stunden die Stimme verliert, sonst aber eine vollständig reine und klangreiche Stimme besitzt. Diesen Fällen schliessen sich diejenigen an, in denen nervenerschütternde Ursachen heilend, krankmachend wirken oder kurze Intermissionen der Krankheit hervorrufen. In diesen Fällen sind die Stimmbänder oft nur für die Sprachbewegung, nicht für die Hustenbewegung spannungsunfähig. Beim Sprechen in verhältnissmässig reiner Fistelstimme kann man eine Lähmung nur Eines Stimmbandes vermuthen. In vielen Fällen halbseitiger Stimmbandlähmungen ist ferner die gleichseitige Hälfte des weichen Gaumens mitgelähmt. Legt man am obern Drittel des Schildknorpels beiderseits die Spitzen beider Zeigefinger während des Sprechens an, so fühlt man daselbst deutlich die Stimmvibrationen. Bei einseitiger Abschwächung dieser Vibrationen kann man hieraus die zunächst afficirte Seite erkennen. Ist der m.

cricothyreoideus auf einer Seite gelähmt, dann fühlt man die Annäherung, welche beim Intoniren zwischen Schild- und Ringknorpel erfolgen soll, vermindert.

Es ist diess ein sicheres Zeichen für diejenigen Lähmungen, bei welchen der n. laryngens superior irgendwie betheiligt ist.

Bezüglich der Heilbarkeit der Stimmbandlähmungen ist zunächst zu erwähnen, dass manche Formen vom Hause aus unheilbar sind, so die durch Carcinom des Oesophagus, durch Aortenaneurysma etc. bedingten. Zuweilen gehen diese Formen mit Atrophie und fettiger Entartung der betroffenen Kehlkopfmuskeln einher.

In andern Fällen führt die causale Behandlung zum Ziele, so bei den auf Blei-, Arsen- oder Atropin-Vergiftung beruhenden Fällen, beim Druck einer Kropfgeschwulst auf den Vagus oder Recurrens.

Unter den örtlichen Behandlungsweisen ist zunächst die von Bruns empfohlene Heilgymnastik des Kehlkopfs, von deren günstiger Wirkung auch Ref. sich in zahlreichen Fällen zu überzeugen Gelegenheit hatte, zu erwähnen. Auch mechanische oder chemische Einwirkungen auf die Stimmbandschleimhaut können eine reflectorische Contraction der Muskeln hervorrufen; so beobachtet man oft bei blosser Berührung der Stimmbänder mit einer Sonde Heilung, beim Einblasen von Pulvern, beim Betupfen mit verschiedenen Lösungen. Eine besondere Erwähnung verdient noch der von Olliver gemachte Vorschlag, Stimmbandlähmungen durch äussere Manipulationen am Kehlkopf zu heilen. Mit Daumen und Zeigefinger wird ein Druck gegen die oberen Hörner des Schildknorpels ausgeübt, dabei lässt man den Kranken tief und mit Stimmbildung einathmen und dann, während der Druck noch fortdauert, Töne aussprechen. Auch Gerhardt beschreibt einen Fall, der bereits seit mehreren Monaten von ihm ohne jegliches Resultat electrisch behandelt worden war, bei dem diese Methode bereits in der 1. Sitzung von Erfolg begleitet war. Gerhardt glaubt, dass bei länger bestehenden Paralysen der Glottisverengerer eine Subluxation der Stellknorpel nach aussen eintrete, die durch diesen seitlichen Druck am Schildknorpel wieder eingerichtet werde, so dass von da an der electrische Strom auch wieder Erfolg haben könne. Eines der wichtigsten therapeutischen Mittel gegen Stimmbandlähmungen stellt die Electricität dar, die entweder cutan oder direct auf die Kehlkopfschleimhaut, in Form des constanten oder des unterbrochenen Stroms angewandt wird. Insbesondere ist es das Verdienst von Ziemssen, die die einzelnen Muskeln betreffenden Applicationsstellen genauer angegeben zu haben.

Am besten eignen sich für die electrische Behandlung die hysterischen und essentiellen Stimmbandlähmungen.

In vielen dieser Fälle hat die electrische Behandlung sofort den vollständigen und definitiven Erfolg der Wiederherstellung der Stimme. In andern Fällen gelingt es erst nach einer oder mehreren Wochen, die

Stimme gänzlich wieder herzustellen. In einer dritten Gruppe von Fällen bekommt der Kranke zwar während der electrischen Sitzung etwas Stimme, dieselbe verschwindet aber sofort nachher wieder. Oft genügt dann nach lange vergeblicher electrischer Behandlung ein psychischer Eindruck, ein heftiger Schmerz, um die Stimme plötzlich nnd dauernd wieder herzustellen.

Verf. erinnert hiebei an die Angabe von PHILIPEAUX, wonach bei bestehenden Rachenentzündungen Stimmbandlähmungen durch die electrische Behandlung nicht heilbar seien. Auch GERHARDT legt den Zuständen der Rachenorgane eine Bedeutung für die Stimmbandlähmungen bei und sagt, dass Irritamente von hier aus auf dem Wege der Reflexlähmung Stimmlosigkeit bewirken können. Manche Stimmbandlähmungen lassen sich ganz direct zu den Reflexlähmungen zählen und findet sich hier der Sitz der lähmenden Ursache oft an den Rachenorganen. In ähnlicher Weise spricht das häufige Vorkommen von Stimmlosigkeit bei Histerie eben dafür, dass Reflexe an den Genitalorganen erregt leicht cerebrale Stimmbandlähmungen bewirken können.

Die ungemein leichte Heilbarkeit mancher diphtheritischer Stimmbandlähmungen spricht dafür, dass dieselben zuweilen auch als reflectorische, vom Rachen aus erregte, aufzufassen sind. Verf. glaubt, dass die Bedeutung der Electrotherapie nicht allein in der Versetzung der Kehlkopfmuskeln in Contraction zu suchen sei, sondern für viele Fälle in der Erregung gewisser cerebraler Apparate, vermittelt durch die Bahn des n. laryngeus superior und der Hauptnerven des Halses. Dagegen ist die genaue Localisirung des Stromes auf die gelähmten Muskeln, namentlich bei Drucklähmungen und toxischen Lähmungen von entschiedenem Werthe. Besonders häufig leiden junge Leute an einer heiseren oder auffallend hohen Stimme, die von dem Zeitpunkte des Stimmwechsels an datirt. Hier ist eine genaue Localisirung des Stroms auf die kranke Seite von einem oft raschen Erfolge begleitet. Auch bei Drucklähmungen eines oder beider nervi recurrentes bei Tuberculosen kann die Stimme, wenn die Phtise Stillstand macht, durch geeignete electrische Behandlung, namentlich durch die Anwendung des constanten Stromes gebessert werden. In den Fällen, in denen die bisher besprochenen Methoden unwirksam bleiben, empfiehlt GERHARDT den Versuch zu machen, durch subcutane Strychnin-Injection Heilung zu erzielen. RIEGEL.

II. Medicinische Chemie, Pharmacologie, Therapie, Balneologie, Instrumentenlehre.

229. Zur Behandlung der Pleuritis. Von Dr. H. QUINCKE. (Berl. klin. Woch. 1872, 6, 7, 8). QUINCKE

bespricht gelegentlich der Mittheilung von 15 von ihm auf der Klinik von FRERICHS operativ behandelten Pleuritiden die bisher üblichen Operationsmethoden, ihre Indicationen, Modificationen, ihre Aussichten und auch einige Punkte der Theorie dieser Behandlungsmethode.

Er schliesst sich bei Behandlung **seröser** Ergüsse dem Amerikaner BOWDITSCH an, welcher die (mit einem silbernen, in Carbolsäure getauchten, mit einem Hahne versehenen Probetroicart ausgeführte) Punction mit Aussaugung 150mal angewendet hat. Indication ist sowohl grosse Dyspnoe als mangelnde Resorption. Der einfachen Punction gegenüber erscheint Verf. die Aussaugung namentlich vortheilhaft bei mässigen Exsudaten, welche stationär zu werden drohen, da in solchen Fällen der natürlich vorhandene Druck im Exsudat den der Athmosphäre nur wenig übersteigt und daher zur Austreibung durch den Troicart nicht genügt. Zur Aussaugung wird die WEISS'sche Magenpumpe, welche mittelst Kautschukschlauches mit dem Troicart in Verbindnng gesetzt wird, verwendet. Als sehr wesentlichen Vortheil dieser Aussaugung betrachtet QUINCKE die Möglichkeit der Wiederherstellung des normalen negativen Druckes der Pleurahöhle und also der Rückkehr der Organe in ihre normale Lage und der Wiederentfaltung der Lunge, selbst in Fällen, in denen die Elastizität der Thoraxwandungen schon verloren gegangen und trotz erheblicher Grösse des Exsudates nur sehr geringer + oder selbst — Druck in der Pleurahöhle herrscht.

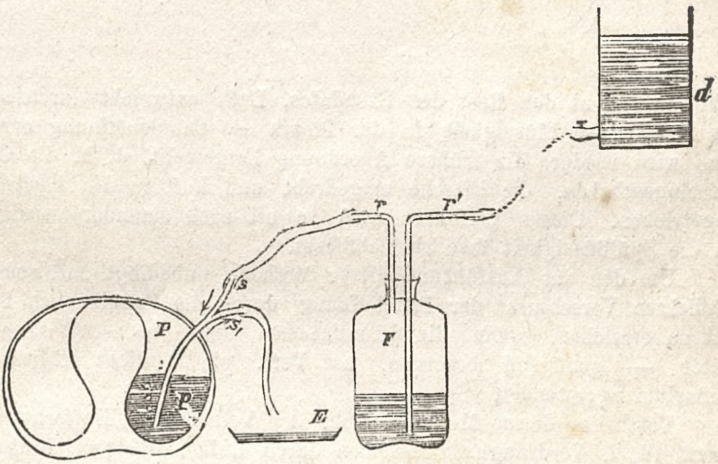
Der Troicart wird nach geschehener Hautverschiebung meist im 7. bis 9. ICR. in der Angularlinie eingestossen und der Kranke angewiesen, zu pressen (Prof. SCHUH hielt es noch für nöthig, seine Punctirten vor jeder forcirten Athembewegung, selbst vor dem Husten zu warnen, Ref.), ein Gehilfe schliesst in dem Momente, wo die Nadel herausgezogen wird, den Hahn des Troicarts. Die Canule wird nun in der oben erwähnten Weise mit der Pumpe verbunden, der Hahn der Canüle geöffnet, der Stempel angezogen. Ist die Spritze gefüllt, so wird der Canülenhahn geschlossen, ein seitlicher Hahn der Spritze dafür geöffnet, der Stempel vorgeschoben und also die schon ausgesaugte Pleuraflüssigkeit in ein untergestelltes Gefäss gespritzt etc. — Folgt dem Zurückziehen des Stempels keine Flüssigkeit aus der Pleura nach, so muss entweder die Canüle tiefer eingeschoben oder im Gegentheile etwas zurückgeschoben oder endlich von hineingelangten Fibrinflocken befreit werden, doch räth QUINCKE, der, wie man sehen wird, nicht besonders zaghaft ist, „von allzuviel Manipulationen ab“. — Schliesslich wird die Stichwunde mit englischem Pflaster zugeklebt.

Meist trat gleich subjective Erleichterung und objectiw nachweisbare Ausdehnung der betreffenden Lunge ein, nicht selten aber auch „leicht blutiges Sputum — offenbar Folgen der mechanischen Dehnung und der stärkeren Blutfülle des Lungengewebes“. Dauer der Aussaugung 15—30 Minuten (SCHUH's Punctionen ohne Aussaugung

dauerten gewöhnlich viel länger, Ref.). Von 6 Fällen seröser Ergüsse starben 3, 3 wurden geheilt. Von den lethalen Fällen waren 2 Hydrothoraces, im 3. Falle (tubercul. Pleuritis) trat der Tod 6 Stunden nach der Operation ein.

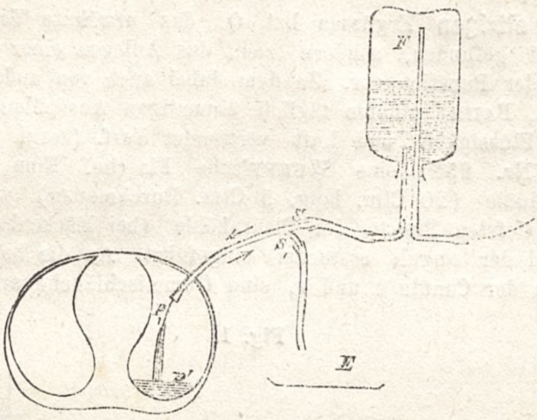
Bei **eitrigen** Ergüssen hat Q. das erwähnte Verfahren nicht vortheilhaft gefunden, sondern zieht das Anlegen einer permanenten Oeffnung, der Punction vor. Zu dem dabei auch von anderen (Roser, Kussmaul, Bahr) geübten täglich einmaligen Ausspülen der Pleurahöhle mit Flüssigkeit und Luft verwendet Verf. (vergl. „Rundschau" 1871 — Nr. 252) eine Wulff'sche Flasche. Eine doppelläufige silberne Canüle (20 Ctm. lang, 5 Ctm. Durchmesser) wird möglichst bis zum tiefsten Puncte der Pleurahöhle (bei Rückenlage also nach der Gegend der anguli costarum) eingeführt. An die beiden äusseren Oeffnungen der Canüle s und s, sind Gummischläuche angefügt, deren

Fig. 1.



einer frei mündet, deren anderer mit dem kurzen Glasrohre r der Wulff'schen Flasche verbunden ist. Lässt man nun aus dem höher stehenden Gefässe d körperwarme (1/300 bis 1/500 Jod enthaltende) Flüssigkeit in die Flasche F einströmen, so wird die Luft in der Flasche comprimirt, verdrängt also Pleuraexsudat aus dem Einen Schenkel der Canüle [es steigt die Luft in Blasen unter einem zuweilen selbst den Umstehenden vernehmbaren kluckernden Geräusche von (meist) Metallklang im Exsudat empor] und verdichtet demnach (vorausgesetzt, dass die Canüle die Stichöffnung genau ausfüllt) die Luft im Pleuraraume. Die so verdichtete Luft presst nun das Exsudat in den anderen Schenkel der Canüle, so dass es nach aussen in das Eiterbecken E so lange abfliesst, bis sein Niveau die Oeffnungen der Canüle er-

reicht. Nun wird die Flasche F umgedreht und die Canüle bis nahe an ihre Spitze herausgezogen; nun strömt Flüssigkeit aus der Flasche in die Pleura-



höhle, verdünnt den Rest des Exsudates, Luft entweicht durch s, bis das Niveau der Flüssigkeit in der Pleura die Canülenöffnung erreicht, dann wird wieder die frühere Anordnung hergestellt, d. h. die Canüle tief eingeschoben, die Flasche umgedreht und Luft in die Pleurahöhle eingetrieben. Dieses Verfahren wird so oft nach einander wiederholt, bis die Spülflüssigkeit fast klar abfliesst.

Um den zur Ausführung dieser Methode unbedingt nothwendigen luftdichten Verschluss der Fistelöffnung durch die Canüle auch in der Zeit zu erreichen, wenn die Granulationen diess noch nicht — wie später — genügend besorgen, hat Verf. ein luftdicht schliessendes Pessarium angewendet.

Vortheile dieser Methode sind: 1) Vollständige Entfernung des Eiters (d. i. Verdrängung desselben durch Luft), dadurch Luftgehalt und nur wenig oder keine Flüssigkeit zu Ende des Verfahrens, ein Umstand, der für die Rückkehr der Organe in ihre normale Lage nur vortheilhaft sein kann; auch fliesst bis zum nächsten Verbande nichts aus der Wunde, es wird also auch das Lager nicht verunreinigt.

2) Der Kranke bleibt während des Verbindens ruhig liegen — was Verf. ebenfalls als sehr wesentlichen Vortheil bezeichnet, da er in 2 Fällen von mit 3 Kranken vorgenommenen Manipulationen ominöse Folgen sah. In einem derselben hatte er den Kranken, um die Pleurahöhle gründlich zu entleeren, seitlich gelagert, der Kranke starb 4 Stunden nach der Operation. In einem anderen derartigen Falle eitriger Pleuritis liess QUINCKE den Kranken behufs besserer Reinigung in ein Bad heben. „Etwa eine Minute darnach wurde er bewusstlos, bekam vorübergehend Opistotonus und erwachte bis zu dem nach 24 Stunden erfolgenden Tode nicht mehr.“ Die Section (Blutextravasat zwischen

Dura und Pia auf der Convexität des Hirnes) klärte den unerwarteten Ausgang nicht hinreichend auf, Q. vermuthet, dass die Seitenlagerung des Körpers bei (plötzlich, Ref.) entferntem grossem Exsudate ein Hinüberfallen des gedehnten Mediastinums, irreparable Störung in der Function des Herzens, Zerrung von Nerven zur Folge haben müsse und lässt jetzt in den ersten Wochen nach der Operation Rückenlage oder halbsitzende Lage einhalten.

Von den Krankengeschichten, die Verf. mittheilt, heben wir die folgende heraus.

Ein 23jähriger Mann, stets gesund bis auf einen 2wöchentlichen Gelenksrheumatismus im Februar 1870, erkrankte am 24. März 1871 mit Frost, Schmerzen in der rechten Brusthälfte, Husten, später auch Dyspnoe.

Bei der Aufnahme am 12. April Puls 120, Temp. 39.2, erwähnte Schmerzen sehr heftig, rostfarbener Auswurf, RH Dämpfung bis zum 4. Brustwirbel und bis zur Mamillarlinie nach vorne reichend; über derselben schwach klingendes Rasseln und schwaches Bronchialathmen, Milz vergrössert, etwas Albuminurie. Herztöne rein, bis auf systol. Blasen über der art. pulm. — Die pneumon. Sputa verschwanden nach 5—6 Tagen, die Dämpfung aber nahm zu, erreichte H die spina scapulae, V die 3. Rippe, Athmungsgeräusch und Stimmfremitus über der Dämpfung nicht vorhanden, Leber und Herz verdrängt; die Haut wurde im Bereiche der Dämpfung ödematös (letzteres Symptom hat sich Quincke nicht als sicheres Zeichen eines Empyems erwiesen.) Am 42. Tage der Erkrankung Punction im V. JCR von etwa 1000 Cctm. Eiter; darauf Erleichterung, Rückgang der Leber und des Herzens um mehrere Centimeter, die Lunge dehnte sich bis zum IV. JCR aus, Temperatur, bis dahin 38.6 bis 39.1, wurde normal, nur der Puls blieb frequent, 110—120. — Nach wenigen Tagen Verschlimmerung aller Symptome, Zunahme des Exsudates, es wurde zur Incision im V. JCR geschritten, abermals 1000 Ccm. dicken Eiters entleert. Abermals trat hierauf Besserung ein, bald aber stellte sich unregelmässiges Fieber mit Frostanfällen ein, obwohl der Eiter geruchlos war (tägliche Ausspülung durch Einspritzung von Luft und Jodlösung). Der Puls stieg auf 140—150. Am 10. Tage nach der Incision Stiche LHU am Thorax; „daselbst eine Dämpfung in die der stark vergrösserten Milz übergehend.“ Am Herzen nur über der Pulmonalis (einmal auch über der Spitze) systol. Blasen. Am 7. Mai starb der Kranke unter zunehmender Schwäche, Bewusstlosigkeit.

Die Section ergab ulceröse Endocarditis, embolischen Milzinfarct und viele kleine Infarcte nebst (embolischer?) Pericarditis. In der r. Pleura mässig viel dünneitriges Exsudat, Pleura mässig verdickt, rechte Lunge retrahirt.

Hier war also die Endocarditis die Todesursache; vielleicht hatte dieselbe unerkannt schon bei Beginn der Pleuritis bestanden; die Pleura zeigte sich (nach 10 Tage lang durchgeführter Ausspülung der Brusthöhle) wenig verändert.

Von den 9 Fällen eitriger Pleuritis, die mit der oben ausführlich geschilderten Ausspülungsmethode behandelt wurden, starben 4, zwei

aber wahrscheinlich nur durch jetzt zu vermeidende Fehler in der Ausführung (siehe oben), der Eine eben erzählte Fall an Endocarditis ulcerosa, der 4. nach vollkommener Heilung seiner Pleuritis an einer acuten Pneumonie, die ebenso gut bei einem gesunden Manne hätte tödtlich verlaufen können. Die anderen 5 Fälle gingen in Heilung über in einer Zeit von $2\frac{1}{4}$ bis längstens 8 Monaten. Die früheste Punction wurde am 16. Tage der Erkrankung gemacht.

Der Entfernung des Eiters aus der Pleurahöhle folgte meist ein Abfall des Fiebers und Besserung des Appetits. Trotz entsprechender Diät nahmen die Kräfte nur langsam zu, da die Eitersecretion im Anfang noch reichlich war, erst nach und nach wurde das Secret sparsamer und mehr serös. Die Jodlösung wurde in den späteren Ausspülungen verstärkt und zuweilen eine Viertelstunde lange in der Pleurahöhle gelassen; auch die entzündete Pleura resorbirte, wie der Harn leicht zeigte, lebhaft das Jod. — Die Rückkehr der verdrängten Organe wie die Wiederentfaltung der Lunge verkleinerten die Höhle mehr und mehr, die Lunge reichte zur Zeit, wenn man sich entsprechend der Verkleinerung der Höhle entschliessen konnte, die Fistelöffnung zuheilen zu lassen, bis zum V. JCR in der Mamillarlinie.

Das Zustandekommen der Wiederentfaltung der Lunge (in einem von Quincke's Fällen noch nach 4monatlicher Compression) erklärt Bartels daraus, dass — auch bei offener Fistel — die inspiratorische Verdünnung der Luft im Pleuraraume über die Luftverdünnung in den Bronchien überwiege nnd also eine Ausdehnung der Lunge bewirke. Quincke lässt diess nur für manche Fälle gelten, meint aber, dass unter Umständen die Respirationsbewegungen ebenso gut mehr comprimirend wirken können. Mehrfache manometrische Messungen haben ihm gezeigt, dass der intrapleurale Druck in Inspiration wie in Exspiration bald +, bald — sei. Beifolgende Tabelle zeigt den intrapleuralen Luftdruck bei einem mit Aussaugung und Ausspülung behandelten 21j. Manne (linksseit. Pleuritis). Der Kranke war am 30. November 4 Wochen nach der Punction und die Lunge in allmäliger, langsamer Ausdehnung begriffen.

Die manometrische Messung wurde sehr einfach so ausgeführt, dass die Canüle (mit einiger Gewalt in die schon enge Oeffnung) eingeführt, der eine Schenkel derselben abgeschlossen und der andere mit einem Wassermanometer verbunden wurde.

Datum.	Druck in Ctm. Wasser bei gewöhnl. Insp.	Druck in Ctm. Wasser bei gewöhnl. Exsp.	Druck in Ctm. Wasser bei stärkster Insp.	Druck in Ctm. Wasser bei stärkster Exsp.	
30. November	+ 7	+ 14	— 7		37. Tag nach der Incision.
1. December	+ 1	+ 9	— 10		
2. December	+ 5	+ 11	— 10		
	+ 7	+ 13			
3. December	+ 5	+ 8	+ 1	+ 40	Die Pleurahöhle war seit gestern statt mit Luft mit Flüssigkeit gefüllt. Die Verbindung mit dem Manometer wurde auf der Höhe einer Inspiration hergestellt.
	+ 6	+ 9			
	+ 2	+ 10			
	+ 5	+ 12			
9. December	— 1	+ 5	— 22	+ 40	
	— 3	+ 7			
12. December	— 4	+ 3	— 30	+ 40	
	— 6	+ 5			
14. December	— 2	+ 4	— 30	+ 40	
	— 4	+ 6			
17. December	— 3	+ 4			
	— 4	+ 6			

Da aber trotz vorhandenen + Druckes eine Ausdehnung der Lunge statt hat, so schreibt Q. mit BILLROTH der Narbencontraction zwischen den Pleurablättern die Hauptwirkung dabei zu.

Dreimal wurde die Aussaugung auch bei Pneumothorax und Pyopneumothorax vorgenommen, theils um der übermässigen Luftmenge Ausweg zu schaffen, theils um ein dünneitriges Exsudat auszusaugen. Begreiflicherweise musste hier um so schonender vorgegangen werden, um nicht die etwa schon im Verkleben begriffene Perforationsöffnung der Lunge wieder aufzureissen. Verf. saugte aber andererseits bei noch bestehender Perforationsöffnung aus, um das Exsudat durch Luft zu ersetzen. In einem der Fälle trat subjective Erleichterung für einige Tage ein, was in dem andern desshalb nicht möglich war, weil — wie die Section nachher zeigte — sich ein Stück erhaltener Pleura ventilartig über die Oeffnung gelegt hatte und zwar den Austritt von Luft aus der Lunge in die Pleurahöhle, nicht aber das umgedrehte gestattete.

QUINCKE hält übrigens das Verfahren bei Pneumothorax nicht bloss als Palliativum, sondern überall da angezeigt, wo die andere Lunge viel weniger erkrankt ist.

Das Ergebniss der mitgetheilten Beobachtungen fasst QUINCKE kurz in Folgendem zusammen.

Zur Entfernung seröser Exsudate scheint das zweckmässigste Verfahren die Punction mit einem dünnen Troicart und Aussaugung zu sein.

Ausser bei Erstickungsgefahr ist die Punction bei grossen wie bei kleinen Exsudaten vorzunehmen, sobald die Resorption sich verzögert. Auch wo nicht mehr als ein palliativer Erfolg erwartet werden kann, ist die Punction oft indicirt.

Bei eitrigen Exsudaten ist die Incision und nachfolgende tägliche Ausspülung der Pleurahöhle mit Luft und Flüssigkeit stets, und zwar frühzeitig vorzunehmen, da eine spontane Resorption unwahrscheinlich und sicher sehr langwierig ist.

Auch bei manchen zu Pneumothorax hinzutretenden eitrigen Ergüssen ist die operative Behandlung angezeigt. BETTELHEIM.

230. Discussion über Behandlung der Syphilis. Im congrès medical de Lyon. (Gazette medicale de Paris 1872, Nr. 40.) Arm. DESPRÉS (an der Spitze der Antimercurialisten) sagt: Die Syphilis ist eine cyclische Krankheit. Ihre Manifestationen sind nur die Erscheinungen des Eliminationsprocesses, welche man begünstigen oder mindestens respectiren muss. Das Quecksilber wirkt nur als Speichelerreger oder Abführmittel. Die „secundären" Erscheinungen müssen auf hygienischem Wege durch Tonica behandelt werden. Die „tertiären" Erscheinungen sind das Ergebniss einer vorausgegangenen Behandlung zur Unzeit oder eines fehlerhaften Regimes. Sie erheischen die Cauterisation aber nicht das Jod. — MERIE aus London (Mercurialist) lobt das Quecksilber über die Massen. Weder Anämie noch lymphatische Constitution contraindiciren seinen Gebrauch. Nur sehr selten ruft es unangenehme Zufälle hervor. Er wendet es schon beim Auftreten des indurirten Schankers an, während der ganzen Reihe secundärer Erscheinungen und selbst bei Rupia. Er glaubt radicale Heilungen gehabt zu haben (ist ja möglich. Ref.) Die Kranken, die er hatte, haben später geheiratet und ihre Frauen und Kinder blieben gesund. — M. CLERC von Paris behauptet gleichfalls, dass es ohne Mercur keine Behandlung gebe. Es sei ein heroisches Mittel, welches man vom Beginne des inficirenden Schankers anwenden müsse, um die Diathese zu vermindern. Doch sei es im Stande, nephritis mercurialis hervorzurufen.

Er glaubt auch, dass die mercuriellen Einreibungen in einigen Fällen tödtliche Hirnerscheinungen veranlassen. Die bisweilen sich zeigende Unwirksamkeit des Mittels beruhe auf 3 Gründen: 1. ist in solchen Fällen die Dosis des Mittels meist unzureichend, 2. ist das schlechte Präparat zuweilen Schuld, 3. kann Regimen und Lebensweise

des Kranken dem Mittel entgegenwirken. RODET beginnt schon im Anfange der Diathese mit kleinen Dosen Quecksilbers und steigt mit denselben wochen- und monatelang bis zur Extinction der Zufälle. Recidiviren die letzteren, dann hat der Kranke noch nicht genug Mercur angewendet und die Cur beginnt von Neuem. Verträgt der Kranke ein Präparat nicht, so gibt R. ihm ein anderes. R. hat die Ueberzeugung, prompt Syphilis zu heilen.

DRYSDALE hat 18 Fälle von Syphilis ohne Mercur geheilt, während Jodkali den Vorzug zu verdienen scheint in orchitis, iritis und periostitis syphilitica und Syphilis der Kinder. SPENCER WELLS und viele andere englische Autoren haben nur mässiges Vertrauen in die Quecksilberbehandlung.

DIDAY erinnert, dass die heilende Wirkung des Mercur in gleichem Grade abnimmt mit der Fähigkeit, dasselbe zu ertragen. Er behauptet als das Ergebniss einer von ihm aufgestellten Statistik, dass das Quecksilber, wenn beim indurirten Schanker angewendet, das Erscheinen „secundärer" Syphiliserscheinungen nur um weniges hinausschiebt. Auch die Intensität des Syphilisgiftes wird nicht verringert durch die frühzeitige Anwendung des Quecksilbers. Denn wenn man die Syphiliskranken in 3 Kategorien theilt, in leichte, bei denen blos roseola und plaques an der Backenschleimhaut auftritt, in mittlere, bei denen es zum Kopfschmerz, papulösen Eruptionen, Schuppensyphilis und Onychie kommt und in schwere, die von Iritis, Ecthyma und tertiären Geschwüren heimgesucht werden, so findet man, dass es ebenso zahlreiche schwere Syphiliskranke gibt, die früher mit Mercur behandelt wurden, als solche die nicht mit Mercur behandelt wurden. — GAILLETON sagt, dass die Syphilis nur durch die Heilkraft der Natur schwinde und gegen diese Krankheit Quecksilber nutzlos sei. Bloss gegen ihre Manifestationen ist es wirksam, und zwar ausgezeichnet wirksam. Er gibt niemals Quecksilber während des indurirten Schankers, denn er hat nie gesehen, 1. dass die secundären Erscheinungen hiedurch verringert worden wären. 2. Setzt man sich der Gefahr aus, dass der Kranke mit dem Medicamente schon zu einer Zeit übersättigt und gegen dessen Wirksamkeit abgestumpft ist, in der die secundären Erscheinungen auftreten, die sich dann ungehindert entfalten können. Man muss sich also das Quecksilber für diesen Moment aufsparen. Man muss es aber dann sofort anwenden, weil die secundären Erscheinungen immer andere nach sich ziehen und weil diese letzteren sich in ihrer Heftigkeit nach jenen richten, welche demnach um so grösser ist, wenn sie nicht Gegenstand einer Behandlung waren.

Ob Jod, ob Mercur zu wählen sei, hängt nur vom anatomischen Sitze des Leidens ab. Syphiliserscheinungen in mehr oberflächlichen Organen erheischen die Anwendung des Quecksilbers, in tieferen Organen die des Jod. — DRON hat vergleichende Studien angestellt über die Wirksamkeit der hypodermatischen Injection oder der Anwendungsweise

durch den Verdauungstractus. Er hat 38 Kranken täglich 1 Centigramme = 1.3 Gran Sublimat injicirt. 9 haben wegen Schmerz die Injectionen nicht vertragen. Von den anderen 29 mit schweren papulösen Formen Behafteten wurden 13 geheilt, 8 gebessert und 7 resultatlos behandelt. Die 13 bedurften zu ihrer Heilung im Mittel 29 Tage. 8 von den 29 hatten Salivation. 29 andere in möglichst gleichem Grade wie die früheren Erkrankte erhielten 5 Centigr. protojod. hydrarg per os täglich. 7 von ihnen hatten Salivation. Die mittlere Heilungsdauer betrug 26 Tage. Daraus schloss DRON, dass die Injectionsmethode den anderen nachstehe und nur dort ihre Anwendung berechtigt sei, wo der interne Gebrauch des Quecksilbers Dyspepsie hervorrufe. Emanuel KOHN.

231. Ueber Reaction des leukämischen Blutes. Briefl. Mittheilung von MOSLER. (Zeitschr. f. Biologie. VIII. 1). Bekanntlich reagirt das Blut für gewöhnlich alcalisch. Das Blut der Leukämiker sollte sauer reagiren. Prof. VOIT äusserte die Muthmassung, dass die sauren Zersetzungsproducte, welche etwa die vielen farblosen Blutzellen liefern, im Leben rasch weggeschafft werden und erst im Tode sich ansammeln.

MOSLER hatte Gelegenheit, das Blut eines Leukämikers unmittelbar beim Austritt aus dem Körper zu prüfen.

Die Leukämie war stark ausgebildet. Die Milz mass in der Axillarlinie in der ganzen Länge 25 Cm. Es war Retinitis leucaemica vorhanden. Das Verhältniss der weissen zu den rothen Blutkörperchen war ungefähr 1 zu 2.

Die Untersuchung ergab, dass das unmittelbar den Gefässen entnommene Blut keine saure Reaction zeigte — dieselbe vielmehr erst nach vier Tage langem Stehen im erwärmten Zimmer sich entwickelt hat.

K. B. HOFMANN.

232. Calcaria phosphorica bei Nierenblutung. Von Physicus CASPARI in Meinberg. (Deutsche Klinik. 1872. 23). Jedem praktischen Arzte dürften einzelne Fälle von Haematurie vorkommen, die er vergebens mit allen Adstringentien, mit Mineralsäuren, Ergotin, Creosot und kalten Bauschen bekämpft. Einen solchen Fall schildert auch Verf.

Ein Mädchen von 5 Jahren schied grosse Mengen von Blut mit dem Harne aus, so dass trotz aller oben angeführten Heilmittel nach 6 Tagen eine bedrohliche Anaemie eingetreten war. Er reichte nun $^1/_2$ Gramm Calcaria phosphorica zweistündlich und beobachtete schon nach 2 Tagen das Verschwinden des Blutes aus dem Harne.

Da bei einem andern Kranken, einem Manne von 58 Jahren gleichfalls ein günstiger Erfolg beobachtet wurde, empfiehlt Verfasser dieses Mittel bei hartnäckigen Haematurien, wo andere Mittel im Stiche lassen. K. B. HOFMANN.

III. Chirurgie, Geburtshilfe, Gynäcologie.

233. Ueber den sogenannten entzündlichen Plattfuss. Von A. LÜCKE. (R. VOLKMANN, Sammlung klin. Vorträge Nr. 35.) Das Wesen des entzündlichen Plattfusses besteht darin, dass bei jungen Individuen zur Zeit des sich vollendenden oder des eben vollendeten Wachsthums sich unter Schmerzen eine Auswärtsdrehung des Fusses bildet, mit gleichzeitiger Abflachung der Sohle. Es handelt sich hiebei immer um Individuen, welche bei noch nicht völliger Ausbildung des Körpers zu andauernder schwerer Arbeit während des Gehens und Stehens genöthigt werden.

Die übermässige Belastung oder Anstrengung des Körpers bei langem Gehen und Stehen geschieht zunächst auf Kosten der gesammten Musculatur der unteren Extremitäten, es werden das Kniegelenk und die Fussgelenke gleichzeitig beansprucht. Es stellt sich Ermüdung sämmtlicher Muskelgruppen ein, der Fuss wird nur mehr als todte Masse gebraucht und durch die Wirkung der Körperschwere in die pathologische Stellung gebracht, die wir beim Plattfuss finden; aber ein vollkommener Plattfuss kann erst durch Veränderungen innerhalb der Gelenke, durch Abweichen der Gelenkflächen von einander zu Stande kommen. Sobald dieses letztere der Fall ist, oder vielmehr sobald die Gelenkflächen in perverser Stellung auf einander drücken, zeigen sich die entzündlichen Erscheinungen, in erster Linie die oft unerträglichen Schmerzen.

Dieselben treten gewöhnlich zuerst im Talo-Naviculargelenk, oft gleichzeitig in den Metatarsophalangealgelenken auf, dann kommt das Talo-Calcanea-Gelenk an die Reihe, endlich tritt der Hakenschmerz im Calcaneus auf. Die Heftigkeit der Schmerzen entspricht den in dem Gelenke vorgehenden Veränderungen. Exsudative Entzündung in den Gelenken ist ausserordentlich selten. Die beim Plattfuss oft angenommene Ostitis ist als solche nicht zu constatiren, die Veränderungen, die man beobachtet, lassen sich als Druckatrophie und Osteoporose bezeichnen und bedingen jene Metamorphosen der Knochen, die wir bei hochgradigem Plattfuss sehen. Für die Behandlung des beginnenden Plattfusses empfiehlt Verf. als einfachstes und wirksamstes orthopädisches Mittel feste bis über die Knöchel reichende Schuhe mit einer Einlage aus Leder, welche der normalen Wölbung der Fusssohle entsprechen soll. Sie beginnt vor der innern Seite des Calcaneus, steigt an bis unter das os naviculare und wieder ab bis zu dem I. Metatarsophalangealgelenk. Am inneren Rande des Schuhes ist die Einlage am höchsten, etwa 2 Centimeter und läuft gegen aussen zu flach ab, in der Mitte der Fusssohle aufhörend. Bei Plattfüssen, wo die Abweichung des Fusses nach aussen

eine sehr bedeutende ist, muss der Schuh mit doppelten Schienen, einer äusseren und einer inneren (bis zur Tuberos. Tibiae reichend) versehen werden. Verf. hält diese Methode, welche sehr gute Resultate gibt, für vortheilhafter als das Redressement mit nachfolgender Eingypsung in der Varusstellung. WINIWARTER.

234. Ueber das Urethral-Fieber nach Catheterismus und seine Behandlung. Von Dr. GOULEY in New-York. (The Medical Record. October 1872). Wenn chirurgische Instrumente behufs einer Untersuchung der Harnröhre oder Blase eingeführt werden, ereignet es sich nicht gar zu selten, dass selbst eine mit der grössten Schonung und Zartheit ausgeführte Untersuchung sowohl von localen als auch von allgemeinen constitutionellen Erscheinungen gefolgt ist. Unter den allgemeinen, den Gesammt-Organismus betreffenden Erscheinungen sind besonders die Pyämie und das sogenannte Urethral- oder Harnfieber bemerkenswerth. Das letztere zeichnet sich dadurch aus, dass heftige Schüttelfröste mit fieberhafter Reaction auftreten, welche nicht selten mit Unterdrückung der Harnsecretion gepaart sind.

Es ist eine bekannte Thatsache, dass ungewohnte Reize oder Verletzungen der Harnröhre und der Blase von fieberhaften Erscheinungen gefolgt sind, welche im allgemeinen als Reflexe übertragen auf das vasomotorische Nervensystem erklärt werden. Diese fieberhaften Erscheinungen sind oft nur sehr gering und geben sich blos durch ein leichtes Frösteln oder Ameisenkriechen zu erkennen, oft aber sind sie sehr heftig, von äusserst stürmischem Character und können dann selbst den Tod zur Folge haben.

Mr. BANKS erzählt über einen hiehergehörenden Fall Folgendes:

Ein etwa 40jähriger gesunder Mann, aber von etwas schwächlichem Aussehen kam wegen einer Strictur in ärztliche Behandlung. Der erste Catheterismus gelang nicht und man konnte nachweisen, dass ein falscher Weg vorhanden sei. Bei einem 2. Versuche aber konnte man verhältnissmässig leicht und schmerzlos mittelst eines Catheter's Nr. 6 oder 7 in die Blase gelangen. Patient klagte über keine Schmerzen, auch war während dieses Catheterismus kein Tropfen Blutes zum Vorschein gekommen, der Harn floss klar ab, doch stellten sich unmittelbar, nachdem der Catheter in die Blase gedrungen war, heftige Schüttelfröste ein, der Patient verfiel von Minute zu Minute immer mehr und mehr und obwohl der Catheter vorsichtig wieder entfernt wurde, starb er schon nach wenigen Minuten. Die Section wurde nicht gestattet, doch vermuthet man eine Lähmung des Herzens in Folge fettiger Degeneration.

In einem 2. Falle trat der Tod $6\frac{1}{2}$ Stunden nach dem Einführen des Catheters ein. Es handelte sich um eine lange und enge Strictur in der pars pendula, welche allmälig bis zur Durchgängigkeit eines Catheters Nr. 4 erweitert wurde. Als der Catheter Nr. 4 ohne Verletzung und leicht in die Blase eingeführt und 10 Minuten lang liegen gelassen wurde, klagte Patient über allgemeines Unwohlsein. Schon nach $\frac{1}{2}$ Stunde erbrach er sein Mittagessen und es stellten sich zugleich heftige Schüttel-

fröste ein. Nach 2 Stunden abermals ein Schüttelfrost mit Erbrechen. Es wurde die Flemming'sche Aconittinctur mit Brandy verabfolgt, dieselbe wurde aber sofort erbrochen. Patient klagte über Schmerzen in der Blasen- und Nierengegend, der Puls wurde immer schneller und schwächer, das Erbrechen kontinuirlich und Patient starb, nachdem er noch bevor bewusstlos geworden war, nach $6^1/_2$ Stunden. Die Section ergab eine lange und enge Strictur in der pars pendula, eine Verletzung der Harnröhre jedoch war nirgends zu finden. In der Harnblase befanden sich einige Unzen eines dicken trüben Harnes. Die Nieren waren stark blutreich und bei Druck entleerte sich in die Nierenkelche eine trübe dickliche Flüssigkeit. Die übrigen Organe waren gesund befunden worden. — (Die Untersuchung des Harnes sowohl als auch der microscopische Befund der Nieren sind nicht angegeben. Ref.)

Aehnliche Fälle erzählen Reybard, Velpeau und Andere.

Ist ein Nierenleiden vorhanden, dann kann man auch sicher sein, dass ein jeder Catheterismus von bald leichteren, bald schwereren Frostanfällen gefolgt sein wird, und in solchen Fällen kann man nicht genug Vorsicht empfehlen.

Thompson erzählt einen Fall, in welchem 54 Stunden nach vollführtem Catheterismus der Tod eintrat.

Es handelte sich um eine alte und enge Strictur; es wurde dasselbe Instrument vorsichtig und ohne Verletzung eingeführt, welches früher schon ohne Schaden eingeführt worden war und doch stellten sich schon eine Stunde nach vollführtem Catheterismus Schüttelfröste und Erbrechen ein, und bis zum Tode wurde kein Harn mehr secernirt. Die Nieren wurden sehr blutreich gefunden und ihre Substanz war so weich, dass dieselbe dem leichtesten Fingerdrucke wich. Die übrigen Abschnitte des Harnapparates erwiesen sich als vollkommen gesund.

Schwere Formen des Urethralfiebers kommen nach Lithotripsie Lithotomie, innerer und äusserer Urethrotomie und rascher Dilatation mit Zerreissung der Harnröhrenschleimhaut vor. In jetziger Zeit aber werden diese Operationen nicht mehr ausgeführt, wenn ein erheblicheres Nierenleiden nachweisbar vorhanden ist. (Mit Vorsicht doch, Ref.). Von 31 äusseren Harnröhrenschnitten trat in 3 Fällen Urethralfieber auf; zweimal verlief dasselbe sehr gelinde, in einem Falle aber starb der Patient 56 Stunden nach vollführter Operation.

Zwischen diesen zwei Formen des Urethralfiebers, nämlich der sehr geringen mit leichten Frostschauern verlaufenden und der schweren tödtlichen Form mit starken Schüttelfrösten, Erbrechen etc. kann man noch eine dritte Form annehmen, welche mit allgemeinem Unwohlsein, mit Kopfschmerz, Kreuzschmerzen und allen jenen Symptomen beginnt, welche einen Frostanfall des Wechselfiebers einleiten.

Bei dieser Form tritt der Frostanfall 4, 8, 12, 24 oder auch erst 48 Stunden nach vollführtem Catheterismus auf. Diese Form eignet sich besonders gut für eine ärztliche Behandlung, und der tödtliche Ausgang gehört zu den Seltenheiten.

Man hat lange Zeit hindurch geglaubt, dass die obengenannten Schüttelfröste dadurch entstehen, dass Harn über verletzte oder vom Epithel entblösste Stellen der Harnröhre fliesst und vom Blute aufgenommen wird. Dies ist jedoch falsch, da die Schüttelfröste zuweilen schon eintreten, bevor noch Harn gelassen wurde. Auch müsste alsdann das Urethralfieber nach Lithomie und Urethrotomie besondes häufig und vehement auftreten, was nicht der Fall ist.

Die Unterdrückung der Harnsecretion ist eine häufige Complication des Urethralfiebers, und giebt jedesmal eine schlechte, wenn auch nicht immer tödtliche Prognose. Unter den schweren Formen des Urethralfiebers, welche Verfasser zu beobachten Gelegenheit hatte, zeigten mehrere die Symptome der Uraemie. Nur Wenige sind mit dem Leben davongekommen, die Mehrzahl ist gestorben. Der Befund der Nieren ergab bald ungeheure Blutfülle, bald entzündliche Schwellung, bald interstitielle Nephritis in ihren verschiedenen Formen bis zur Abscessbildung.

Die Unterdrückung der Harnsecretion ist entweder eine vollständige oder nur eine theilweise.

Die erstere ist seltener, die letztere das häufigere Vorkommniss. Ihre Symptome sind Schmerzen in der Nierengegend, kein Verlangen, den Harn zu entleeren, Fieber, Durst und Erbrechen grüner galliger Flüssigkeit mit unangenehmem urinösen Geruche; Koth, Schweiss und Athem verbreiten ebenfalls einen urinösen Geruch.

Ist ein Nierenleiden vorhanden, dann räth Verf. mit dem Patienten, bevor man zum Catheterismus schreitet, eine Vorkur zu unternehmen.

Diese letztere besteht in Abführmitteln, heissen Sitzbädern Chinin und Eisen. Hat man den Patienten durch 4 Tage hindurch so präparirt, dann erst vollführe man die Operation, und das Urethralfieber wird sich nur in äusserst seltenen Fällen einstellen.

Gegen das Urethralfieber wurde Chinin zuerst im Jahre 1874 von Bricheteau zu 10, 12 und 15 Gran pro dosi gegeben. Ricord gibt 10 Gran Chinin mit einem halben Gran Opium nach einem jeden schwierigeren Catheterismus und will nunmehr sehr selten das Urethralfieber auftreten sehen. Mr. Long empfiehlt als Prophylacticum die Flemming'sche Aconittinctur. Verf. hat dieselbe auch versucht, doch zieht er das Chinin vor.

Tritt die Unterdrückung der Harnsecretion als Complication auf, dann muss die Behandlung äusserst vorsichtig geleitet werden. Stimulirende Diuretica sind strenge zu meiden, ebenso darf kein Catheter mehr in die Blase geführt werden. Haut und Darm müssen zur vicariirenden Thätigkeit angeregt werden, bis die Nieren wieder ihre Function übernehmen können.

Die Thätigkeit der Haut wäre mit Dampfbädern, mit warmen Getränken und Ipecacuanha anzuregen, die des Darmes mit Glaubersalz und Bittersalz in warmem Wasser gelöst.

Ferner empfiehlt Verf. warme Umschläge auf den Unterleib und trockene Schröpfköpfe auf die Lendengegend. Innerlich ein Digitalisinfusum.

Die Haut, welche einen urinösen Geruch verbreitet, muss drei- bis viermal im Tage mittelst eines warmen Tuches trocken abgerieben werden. Der Patient muss gut zugedeckt im Bette liegen und mit kräftiger gemischter Kost (Ref?) genährt werden. Sollte Patient durch eine zu reichliche Diaphorese zu stark geschwächt erscheinen, dann wäre ihm 2mal täglich Brandy zu verabfolgen.

Wenn die Unterdrückung der Harnsecretion 3 oder 4 Tage lang andauert, dann ist für das Aufkommen des Patienten wenig Hoffnung vorhanden. ULTZMANN.

235. Spontane Geburt nach dem Tode der Mutter. Von Dr. SWAYNE. (L'union med. 1872. 47. The med. Press.) Dieser sonderbare Fall steht vielleicht einzig in seiner Art da, und bietet namentlich in forensischer Hinsicht grosses Interesse.

Am 14. März 1872 wurde eine irische Pächtersfrau von Wehen befallen. Die Hebamme schickte um einen Arzt und einen Priester, und als diese zwei Stunden später ankamen, war die Frau bereits todt. Am 17. März wurde sie unentbunden beerdigt. Tags darauf wurde von Gerichtswegen der Leichnam exhumirt, da fand Dr. S. zu seinem grossen Erstaunen zwischen den Schenkeln der Frau ein männliches, gut entwickeltes Kind mit nach den Füssen der Mutter gerichtetem Kopfe, während die Füsse des Kindes 8 Zoll von der Vulva entfernt waren. An dem Kinde haftete die unverletzte Nabelschnur sammt Placenta, welch letztere vom Uterus vollständig getrennt war. Der Uterus selbst war prolabirt und hatte einen hoch in den Körper hinaufreichenden Riss.

Der Unterleib war von Gasen stark ausgedehnt.

Durch 6 Zeugen wurde festgestellt, dass die Frau unentbunden in den Sarg gelegt wurde. Die Wächterin gab an, ein dumpfes Geräusch im Sarge gehört zu haben, worauf aus den Fugen Blut zum Vorschein kam.

Autopsie und gerichtliche Untersuchung erwiesen demnach, dass die Entbindung im Sarge stattgefunden habe und zwar durch den Druck der Gase, welche sich im Bauche entwickelt hatten.

Der Arzt wurde wegen Nichtvornahme der Entbindung von der Jury für schuldig erklärt. FUNK.

236. Das gespaltene Becken. Von C. C. Th. LITZMANN. (A. f. Gynäcologie B. IV. Heft 2.) Das Becken gehörte einem mit Blasenspalte behafteten 25jähr. Mädchen an, das nach einer spontanen Frühgeburt im Wochenbette starb.

Es fehlte daran die Symphyse der Schambeine, die vielmehr in einer mehrere Zoll breiten Lücke klafften; die Stümpfe derselben waren gleichzeitig durch die äusseren Bedeckungen und von der Scheiden-

mündung fühlbar. Ein eigentliches Ligamentum interpubicum war dazwischen nicht vorhanden.

Es liessen sich ausserdem an diesem Becken zum Theile dieselben Erscheinungen nachweisen, wie sie in Folge intensiver Rhachitis auftreten. Da jede Berechtigung an eine Complication mit dieser Krankheit zu denken fehlte, so erklärt Verf. diese Veränderungen vom mechanischen Standpuncte ausgehend, aus den durch Symphysenmangel gesetzten abnormen Verhältnissen.

Die Blasenspalte kommt wohl nur als Theilerscheinung neben einer Spaltung der Bauchdecken und der Harnblase vor: der Sexualapparat ist dabei äusserst selten regelmässig entwickelt.

Bei Weibern, wo überhaupt Blasenectopie eine grosse Seltenheit ist, zeigen die äusseren Genitalien grosse Abweichungen sowohl betreffs der Form als der Lagerung, während die inneren gewöhnlich ziemlich regelmässig formirt sind. Welponer.

237. Saugphänomene am Unterleib. Von A. Hegar. (Arch. f. Gynäcologie IV. Bd. 3. Hft. 1872.) Der zuerst von Sims bekannt gemachten Thatsache, dass in gewissen Körperlagen leicht Luft in die Vagina eindringt, reiht H. die Beobachtung des Eindringens von Luft in die Blase an.

In vielen Fällen genügt es schon, in der Knieellenbogenlage den Catheter zu appliciren, um dann, nach geänderter Lage und nach Entleerung des Urins Luft mit brodelndem Geräusche aus der Blase dringen zu hören. Diese Erscheinung des Lufteindringens in die eine oder andere Körperhöhle kömmt besonders leicht zu Stande bei Personen mit schlaffen Sphincteren, wesshalb besonders Kranke und Wöchnerinnen dazu geeignet sind. Den von Sims zur Erklärung dieses Phänomenee herangezogenen „vollen Atmosphärendendruck" verwirft H. mit Recht und sucht die Ursache in der Schwere des Gewebes und des Blaseninhaltes, also in der Differenz zwischen Atmosphärendruck und — Atmosphärendruck weniger dem Gewichte der Gewebe und des Inhaltes.

Bei sehr schlaffem Gewebe genügt oft schon ein plötzlicher Lagewechsel, um Luft, besonders in die Vagina, eindringen zu lassen. Es ist nicht unmöglich, dass dies bei Wöchnerinen öfter zu Stande kömmt und dann so manchen Fall von Entzündung oder Infection erklärt; wenigstens spricht eine Beobachtung H.'s entschieden dafür. Die Schwere des Gewebes und des Inhaltes ist aber nicht die einzige Ursache, wenn sie auch am exactesten nachzuweisen ist.

Oft ist sicher die Elasticität der comprimirten Gewebe die Ursache der rückläufigen Bewegung. Für diese letzte Erklärung sprechen die Fälle, in denen bei gewöhnlicher Rückenlage Luft durch den Kathetor eintritt, wenn man bei gefüllter Blase einen kräftigen Druck auf dieselbe ausgeübt und dann plötzlich nachgelassen hat.

Chrobak.

238. Ueber ein schrägverzogenes rhachitisches Becken mit seltenen zahlreichen Exostosen. Von Dr. Gerhard LEOPOLD. (A. f. Gynäcol. IV. B. II. Heft.) Wenn man der Eintheilung SCHRÖDER's folgt, so lässt sich das genannte Präparat den allgemein gleichmässig verengten rhachitischen Becken zuzählen. Dabei ist noch von grossem Interesse das Vorkommen zahlreicher Exostosen und Synostosen über alle Partien desselben vertheilt, vorzüglich jedoch an den Lendenwirbeln, wodurch die Lendenwirbelsäule das Aussehen eines starren, unbeweglichen Bogens mit scharf vorspringenden horizontalen, sehr rauhen Ringen gewinnt. Auf der Innenfläche des linken Darmbeines sitzt noch eine compacte, nashornförmige, 8 Cm. lange Exostose.

Die Veränderungen am Becken lassen sich alle mit der Annahme einer überstandenen Rhachitis in Einklang bringen; für die Exostosen und Synostosen wäre ein durch den stärkeren Druck und die grössere Reibung der Flächen hervorgerufener Reiz anzunehmen, der allmälich auf entzündlichem Wege diese Knochenwucherungen herbeiführte.

WELPONER.

IV. Ophthalmologie, Otiatrik, Dermatologie.

239. Die Pockenepidemie des Jahres 1871 im Umkreise von Leipzig. Von Dr. SPIEGEL (Bezirksarzt). (Archiv für Heilkunde, II. Heft, Leipzig. 1873.) Der Verf. erwähnt, dass in den dem Jahre 1871 vorangegangenen Jahren nur seltene Fälle von Blatternerkrankung vorgekommen seien, die sich im October 1870 zu vermehren begannen, deren Zahl im Januar 1871 schnell anstieg, bis sie im April, Mai und Juni ihre Höhe, mit der Spitze im Mai erreichte; der Abfall, der im September 1871 vollendet war, wurde mehrmals durch Exacerbationen unterbrochen, die bis Juni 1871 währten, wornach sich ein Gesammtverlauf von $1^3/_4$ Jahren ergibt.

Der in Betracht gezogene Medicinalbezirk umfasst 106 um Leipzig gelegene Ortschaften mit 98313 Bewohnern [1]), von denen in der oben angegebenen Zeit 1485 an Pocken starben [2]), id est 1·53% der Gesammtbevölkerung. Unter ärztlicher Behandlung standen 3881 Blatternkranke (und nur von diesen ist im Bericht die Rede), von denen 721 = 18·6% starben, somit schliesst Verf. aus den noch restirenden 764 Todesfällen auf eine Gesammtsumme von circa 8000 an Blattern erkrankten Individuen.

---

[1]) Volkszählung v. Dec. 1871.
[2]) Choleraepidemie 1866: 1440 Todesfälle.

Diese höchst ungünstigen Morbilitäts- und Mortalitäts-Percente schiebt der Verf. besonders auf die ungünstigen Impfverhältnisse und erwähnt, wie in letzterer Zeit das Volk auf dem Lande von für Nichtimpfung fanatisirenden Aerzten und curpfuschenden Laien, deren es, seit die Medicasterei straflos geworden, gar viele geben soll, systematisch bearbeitet worden sei, so dass eine bedeutende Abnahme der Impfungen zu constatiren wäre.

Nachdem nun der Verf. die einzelnen Ortschaften nach der Intensität, in der sie von der Seuche befallen worden, aufgezählt, findet er, dass in den stärkst heimgesuchten auch die Zahl der Impflinge am meisten abgenommen habe, so z. B. waren in den östlichen Vorstadtdörfern in den Jahren 1867 und 1868 60—70% der Impfpflichtigen geimpft worden, 1869 noch circa 30%, 1870 nur mehr circa 15%. Hier war auch die grösste Sterblichkeit mit 516 Personen = 2·2% der Bevölkerung, darunter 461 Kinder unter 15 Jahren = 86% der Pockentodesfälle zu constatiren, ein deutlicher Erfolg der Antiimpfagitation.

Die nun folgenden statistischen Todestabellen lassen mit Leichtigkeit den Einfluss der Impfung und des Lebensalters der Erkrankten auf den Grad der Erkrankung erkennen.

Unter den genau beobachteten 3881 Fällen waren:

geimpft	2417	d. starb. 197 =	8·1%
ungeimpft	1429	„ 508 =	35·5 — i. e. $4^1/_2$mal mehr als die geimpften
zweifelhaft	35	„ 16 =	45·7%

Im Allgemeinen war die Sterblichkeit bis zum 10. Jahre die höchste (1145), fiel sodann bis zum 30. Jahre (65), stieg wieder bis zum 60. (245), um bis zum 80. wieder gering zu werden (30), woran wohl die verhältnissmässig geringe Anzahl von Leuten über 60 Jahren Schuld sein mag. Am jüngsten aller an Blattern Verstorbener war ein 3tägiges Mädchen, am ältesten ein $73^4/_{12}$jähriger Mann. Unter den 1485 Todesfällen kommen aber 928 = 62·5% auf Kinder unter 3 Jahren, i. e. diejenigen, die während der verderblichen Antiimpfagitation impfpflichtig waren. Von den erwachsenen 327 = 22% der Gesammtheit Gestorbenen, waren die meisten in der Kindheit geimpft, ohne durch Revaccination die verlorene Schutzkraft wieder erlangt zu haben.

Unter den 3846 statistisch verwerthbaren Pockenkranken waren:

1384 = 36·0%	ungeimpfte Kinder	}	1664 = 43·3% Kinder
280 = 7·3%	geimpfte „	}	
45 = 1·2%	ungeimpfte Erwachs.	}	2182 = 56·7% Erwachs.
2137 = 55·5%	geimpfte „	}	

Unter 705 an Pocken Gestorbenen waren:

488 = 69·2% ungeimpfte Kinder	)	496 = 70·3% Kinder.	
8 = 1·1% geimpfte Kinder	)		
20 = 2·9% ungeimpfte Erwachs.	)	209 = 29·7% Erwachs.	
189 = 26·8% geimpfte „	)		

Diese Ziffern zeigen, 1. dass durch die Vernachlässigung der Impfung die Pockenkrankheit wieder das wird, was sie war, eine besonders die kindlichen Individuen in Masse dahinraffende Krankheit und 2. die in den späteren Jahren fortschreitende Abnahme der Schutzkraft der ersten Impfung, daher Nothwendigkeit der Vornahme der Revaccination.

In Bezug auf das Geschlecht überwiegt in dieser Epidemie das weibliche, und zwar durch die grosse Anzahl der weiblichen Kinder, während die erwachsenen Frauen den Männern um ein geringes an Zahl nachstehen.

Erkrankte Männer 1925 mit 337 Todesfällen = 17·5% Mort.

unter 15 Jahren	über 15 Jahren
813 mit 226 Todten = 27·8%	1112 mit 111 Todten = 9·9% Mort.
davon	davon
geimpft 130 m. 5 Tdt. = 3·8%	geimpft 1069 m. 88 Tdt. = 8·2% „
ung. 679 m. 218 Tdt. = 32·1%	ung. 28 m. 14 Tdt. = 50% „
zwflhft. 4 m. 3 Tdt.	zwflhft. 15 m. 9 Tdt.

Erkrankte Weiber 1956 mit 1384 Todten = 19·6% Mort.

unter 15 Jahren	über 15 Jahren
857 mit 274 Todten = 31·9%	1099 mit 110 Todten = 10·0% Mort.
davon	davon
geimpft 150 m. 3 Tdt. = 2·0%	geimpft 1068 m. 101 Tdt. = 9·4% Mort.
ung. 750 m. 271 Tdt. = 38·2%	ung. 17 m. 6 Tdt. = 35·3% „
zwflhft. 2 m. 1 Tdt.	zwflhft. 14 m. 3 Tdt.

Hieran reiht Verf. die Aufzählung einiger Ausnahmsfälle, wie z. B. dass von 132 in den ersten 10 Lebensjahren sich befindenden, trotz Impfung an Pocken erkrankten Kindern, 6 der Krankheit erlagen, weiters 6 solche im 2. Decennium; ferner 5 Fälle, wo bald nach erfolgreicher Impfung eine meist leichte Variola sich entwickelte. Verf. will derartige Ausnahmsfälle in die Kategorie derjenigen gerechnet wissen, bei denen sich eine abnorm hohe Disposition für das Blatterncontagium durch mehrmaliges Befallenwerden von der Krankheit manifestirt. Solcher Fälle gab es 26, 6 Kinder, 20 Erwachsene, diese meist ältere Leute, geimpft und ungeimpft; tödtlich endeten 3, ein 63jähriger Mann, in den ersten Jahren geimpft, im 20. geblattert; ein 19jähriger nichtgeimpfter, als Kind geblatterter Handarbeiter und ein 13 1/2jähriges ungeimpftes, weil im ersten Lebensjahre geblattertes Mädchen.

In derselben Epidemie 2mal, und zwar am 4. Mai und 20. Juni wurde ein Mann von Blattern befallen. Das Erkranken an Pocken nach

früherer erfolgloser Impfung, wie das 18mal vorkam (ein 20jähriger Mann, der 3malige Impfversuche machte, erlag sogar) veranlasst den Verf. zur Annahme einer perversen Disposition. (?)

Aus den 132 Erkrankungsfällen (3 mit exitus lethalis, 11 schwer verlaufen) bei geimpften Kindern schliesst Verf. „dass man einer solchen Epidemie gegenüber den für gewöhnlich als mindestens 10jährig angenommenen Schutz der Vaccine kürzer fassen und wenigstens in inficirten Localen Revaccination bis zum 5. Jahre, und, je nach Ermessen, selbst noch weiter hinab empfehlen und ausführen soll."

Unter den 2417 geimpften Erkrankten waren 15 revaccinirt; diese im Alter von zwischen 13 und 66 waren vor 1½ bis 20 Jahren revaccinirt worden, meistens ohne Erfolg, 2 von ihnen starben, die anderen 13 hatten nur leichte „Varioloïs."

Ueber 3000 von den Aerzten revaccinirte Personen blieben von der Ansteckung verschont; ebenso einige in mitten schwer heimgesuchter Dörfer gelegene Humanitätsanstalten und Rittergüter, an deren Bewohnern Impfung und Revaccination regelmässig vorgenommen werden.

Verfasser spricht zum Schlusse die Hoffnung aus, dass die Ergebnisse einer systematischen Beobachtung der Epidemien die Nothwendigkeit des Impfzwanges, die Wichtigkeit der Revaccination befürworten werden. HEBRA junior.

240. Bericht über die Revaccinationen, die mit animalischer und humanisirter Kuhpockenlymphe im Jahre 1871 im St. Petersburger Findelhause gemacht worden sind. Von Dr. W. FRÖBELIUS. (St. Petersburger med. Zeitung. 1871. 6.) Im März und April 1871 wurde, weil man den Ausbruch einer Pockenepidemie befürchtete, die Bevölkerung zur Vaccination und Revaccination aufgefordert. Im St. Petersburger Findelhause wurden 77 Kälber geimpft, die 12.408 Menschen als Impfquelle dienten, weitere 31 geimpfte Kälber wurden der Anstalt von auswärts zugesendet.

Durchschnittlich wurden täglich 206 Menschen vaccinirt, in maximo an einem Tage 854.

Ueber 3737 Revaccinationen liegen genaue Notizen vor; 795 (21·2%) gaben einen vollkommenen, 771 (20·6%) einen mangelhaften, 2171 (58·1%) einen negativen Erfolg.

Mit Rücksicht auf das Alter ergaben sich zwischen 7 und 12 Jahren 61·6%, zwischen 13 und 18 Jahren 54·6%, zwischen 19 und 25 Jahren 57·4% und zwischen 26—45 Jahren circa 77% Fehlimpfungen.

Sehr lehrreich sind einige beigegebene Tabellen, aus welchen die Resultate der Revaccination je nach der benützten Impfquelle ersichtlich sind.

1. Direct vom Kalbe wurden geimpft:

Alter der Revaccinirten	Anzahl der Revaccin.	Mit vollkommenem Erfolge	Mit mangelhaftem Erfolge	Ohne Erfolg
von 7—12 Jahren				
im Findelhause	184	52 (28%)	32 (17·3%)	100 (54·3%)
ausserhalb desselb.	99	8 (8%)	32 (32·3%)	59 (59·5%)
von 13—18 Jahren				
im Findelhause	736	206 (28%)	159 (21·6%)	371 (50 4)
ausserhalb desselb.	304	28 (9·2)	97 (31·9%)	179 (58·8%)
von 19—25 Jahren				
im Findelhause	172	42 (24·4)	49 (28·4%)	81 (47%)
ausserhalb desselb.	79	6 (7·6%)	41 (5%)	69 (87·3%)
Summa i. Findelh.	1092	300 (27·4%)	240 (21·9%)	552 (50·5%)
Summa ausserhalb	482	42 (8·7%)	133 (27·5%)	307 (63·7%)

Trotzdem beide Zahlenreihen sich auf Revaccinationen direct vom Kalbe beziehen, alle Kälber im Findelhause geimpft worden sind, so ergaben sich zwischen ihnen auffallend grosse Differenzen, welche wahrscheinlich von der mehr oder weniger genauen und sorgfältigen Wahl der Impfpusteln und von der verschiedenen Impfmanipulation abhängen. Die ganze Tabelle verliert dadurch an Werth, dass Dr. Fr. angibt, dass unter den Revaccinirten solche Individuen waren, welche zum zweiten Male revaccinirt wurden, aber über die Zahl derselben und über den Erfolg der ersten Revaccination nichts anzugeben weiss.

2. Revaccinationen mit in Röhrchen aufbewahrter, animalischer Kuhpockenlymphe:

Alter	Zahl	Vollkomm. Erfolg	Mangelh. Erfolg	Kein Erfolg
7—12 J.	177	44 (24·8%)	36 (20·3%)	97 (54·8%)
13—18 „	531	89 (16·7%)	107 (20·1%)	335 (63·1%)
19—25 „	50	21 (42%)	16 (32%)	13 (26%)
Summa	758	154 (20·3%)	159 (20·9%)	445 (58·7%)

Es stellte sich auch hier heraus, dass die in Röhrchen aufbewahrte Lymphe schlechtere Erfolge gebe, als die frische.

3. Mit humanisirter Lymphe direct wurden revaccinirt:

Alter	Zahl	Vollk. Erfolg	Mangelh. Erfolg	Kein Erfolg
13—18 J.	140	44 (31·4%)	48 (34·7%)	48 (34·2%)
19—25 „	96	5 (5·2%)	26 (27%)	65 (67·7%)
Summa	236	49 (20·7%)	74 (31·3%)	113 (47·8%)

Diese Tabelle (3) hat wieder nur geringen Werth, weil angegeben wird, dass sich unter den darin angeführten Individuen eine unbekannte Zahl von schon früher Revaccinirten befunden habe.

4. Mit in Röhrchen aufbewahrter Lymphe revaccinirt:

Alter	Zahl	Vollkomm. Erfolg	Mangelh. Erfolg	Kein Erfolg
7—12 J.	270	51 (18·8%)	27 (10%)	192 (71·1%)
13—18 „	601	170 (28·2%)	99 (16·4%)	332 (55·2%)
Summa	871	221 (25·4%)	126 (14%)	524 (60%)

Auch hier zeigt sich wieder eine beträchtlich grössere Zahl von Fehlimpfungen als bei den direct mit humanisirter Lymphe Revaccinirten.

Sehr willkürlich deutet der Autor die Zahlen so, dass bei 21·2% die Schutzkraft der 1. Impfung geschwunden, bei 20·6% nur geschwächt und bei 58·1% vollkommen erhalten ist, weiss man doch, dass eine Revaccination auch noch aus vielen andern Gründen nicht haftet, als wegen Fortbestand des Effectes einer vorausgegangenen Vaccination.

Die Schlüsse, die bezüglich des relativen Werthes von humanisirter und animalischer Lymphe hier vorliegen, sind nicht gut brauchbar, weil eben über die Zahl der zum zweiten Male Revaccinirten nichts bekannt ist.

Soviel ist sicher, dass wenn man durch Vorimpfung von Kälbern sich eine grosse Menge von Impfstoff erzeugt, man eben in kürzester Zeit die grösste Zahl von Revaccinationen vornehmen kann und von diesem Gesichtspunkte aus und wegen der Beseitigung der Gefahr, Krankheitsstoffe durch die Impfung zu übertragen, wird es gewiss empfehlenswerth sein, bei massenhafter Revaccination sich der animalischen Vaccine zu bedienen. EISENSCHITZ.

241. Casuistische Mittheilungen über Syphilis. Medical Times von 9. December 1871 enthalten eine interessante Mittheilung über einen ungewöhnlichen Ansteckungsmodus von Syphilis.

Ein Policeman, ungefähr 30 Jahre alt, hatte ein theils tuberculöses, theils squamöses, an den unteren Extremitäten ein Rupia-ähnliches Syphilid. Es bestand seit 5 Wochen. Er läugnet, an den Stellen, wo Geschwüre gewöhnlich vorkommen, ein solches gehabt zu haben, und eine von dem berühmten Syphilidologen Hutchinson vorgenommene Untersuchung lieferte kein dem widersprechendes Resultat. Auch Mund und Lippen sind frei, die Inguinaldrüsen nicht vergrössert. Man suchte also nach einem Chancre an anderen Theilen und fand ein offenes Geschwür an der Dorsalfläche seines rechten Mittelfingers in der Nähe des Metacarpophalangealgelenkes, von unregelmässiger Form, so gross wie ein 4 Pennystück und keine für Syphilis charakteristische Induration präsentirend. Die Achseldrüse derselben Seite war bis zum Umfange einer Flintenkugel vergrössert. Ueber den Ursprung dieses Geschwüres befragt, gab er an, dass er vor 3 Monaten bei einer Arretirung mit der geballten Faust auf den Mund des Gefangenen schlug und bei dieser Gelegenheit an dessen Zähnen sich verletzte. Er bemerkte, dass aus des Mannes Mund ein wenig Blut floss, ob jedoch an dessen Lippen oder in dessen Mund Geschwüre sassen, ist ihm nicht bekannt. Zu gleicher Zeit blutete auch der verletzte Finger. Er heilte, blieb aber an der bezeichneten Stelle hart (wie der Policeman, ohne erst darum

befragt zu werden, angibt) und roth und ulcerirte von neuem, heilte aber im Momente der Mittheilung dieser Beobachtung ziemlich rasch. (Es ist bedauerlich, dass über den Mann, der als Infectionsquelle figurirt, keine Angaben vorliegen. Ref.)

In derselben Nummer bringen Medical Times auch noch Mittheilungen über einen anderen Syphilisfall, die hier Platz finden mögen:

Ein 17jähriger Jüngling hatte vor Jahren Schmerzen in senen Schienbeinen und vor Monaten ähnliche Schmerzen in seinen Ellbogen und Schlüsselbeinen, die besonders zur Nachtszeit so heftig waren, dass er aus dem Schlafe geweckt wurde, bei Tage Schmerz und ein Gefühl von Schwäche. Die Eltern waren todt. Daten aus seinen Kinderjahren waren nicht zu erlangen. Seine Hornhäute hatten Flecke, seine Regenbogenhäute boten Unregelmässigkeiten dar, der Nasenrücken war eingesunken und am Halse hatte er Narben unter dem Kiefer, wo er nach seiner Angabe als Knabe Abscesse gehabt haben soll. Die Zähne waren von normaler Schärfe. Obwohl weiche Knoten an den Schlüsselbeinen und Ulnae vorhanden waren, war doch die merkwürdigste Alteration an den Schienbeinen. Diese waren vom Knie bis zu dem Knöchel mit regelmässigem Schwunge im Bogen nach vorne gekrümmt, der zum Theile von der natürlicheu Krümmung des Knochens, hauptsächlich aber von der Verdickung des Periostes längs des Schienbeines abhing. Die Epiphysen waren nicht vergrössert, aber die Gelenke waren verdreht. Der Junge hatte eine antiscrophulöse Behandlung genossen, Jodeisen und Leberthran ohne Erfolg bekommen und Jodkali war fruchtlos versucht worden. Man gab ihm also 8 Gr. Jodammonium 3mal täglich und zwar mit dem besten Erfolge. Die Schmerzen liessen nach, innerhalb 14 Tagen waren allmälig die weichen Knoten geschwunden. Der Bursche wurde stark und kräftig, seine Schienbeine blieben natürlich missgestaltet. Emanuel Kohn.

242. Bemerkungen über Gehörs-Affectionen in Fällen von Krankheiten des Nerven-Systems. Von Dr. Hughlings Jakson. (Med. Times and Gaz. 1150.) Die Untersuchung des Gehörorganes bietet für die Diagnose einer cerebralen Erkrankung nicht jene Anhaltspuncte wie die Prüfung der Retina. Während man z. B. bei bestehender Amaurosis leicht bestimmen kann, ob der periphere oder der centrale Theil des Nerv. opticus ergriffen sei, lässt sich der Grund einer vorhandenen Taubheit in vielen Fällen nicht angeben, da das Labyrinth der Untersuchung nicht in dem Grade zugänglich ist wie die Retina. Nervöse Taubheit, als Folge eines Cerebral-Leidens, besonders eines Gehirn-Tumors wird nur selten beobachtet, indess Amaurosis dadurch öfter bedingt ist.

Diese Thatsache ist um so auffallender, da der Nerv. acust. mit den Grosshirnhemisphären, wenn auch indirect, ebenso in Verbindung steht, wie der Nervus opticus. Verf. bespricht einen Fall von completer Taubheit beiderseits, bei welchem die Section einen Tumor der linken Gehirnhälfte ergab, jedoch auch gleichzeitig einen haselnussgrossen Tumor an der Pons und der Med. oblong. links.

Selbst bei Erkrankung des Kleinhirns findet man selten Taubheit, dagegen häufig Amaurosis.

Affectionen der Paukenhöhle sind oft von nervösen Symptomen begleitet, so kann Otorrhoe epileptiforme Anfälle hervorrufen. Desgleichen zeigen sich partielle oder universelle Convulsionen bei Erkrankungen des Cavum tympani oder bei Thrombose der Venen, welche zuweilen Folge von Otorrhoe ist. Verf. räth daher, in allen Fällen von Hemiplegie eine genaue Untersuchung des Gehörorganes vorzunehmen. URBANTSCHITSCH.

V. Oeffentliche Gesundheitspflege, gerichtliche Medicin, Toxicologie.

243. Strychninvergiftung erfolgreich mit Nicotin behandelt. Von Samuel HAUGHTON. (British med. Journ. June 22. 1872.) H. theilt folgenden von Mc. EVOY berichteten Fall als Beleg für den schon vor Jahren von ihm aufgestellten (seither aber von GALLARD und REESE in Abrede gestellten) Antagonismus des Nicotin und Strychnin mit.

Ein 19j. Bursche hatte ein in einem anstossenden Garten gefundenes Ei, in welches der Gartenbesitzer zur Tödtung von Elstern (durch ein an der Spitze gemachtes Loch) Strychnin eingebracht hatte, genossen. Der um 11 Uhr gerufene Arzt fand ihn mit blassem Gesicht, ängstlichem Ausdruck, Pupillen verengert, Haut mit kaltem Schweiss bedeckt, Herzthätigkeit unregelmässig; krampfhafte Zuckungen in allen Muskeln, allgemeines Zittern, Klagen über Schmerzen in der Lumbargegend, Trockenheit im Munde, Gefühl von Steifigkeit am Halse. Ein Senfbrechmittel 4mal nach einander gereicht ohne Wirkung.

Nach einer Stunde traten heftige Convulsionen und Opisthotonus, tetanischer Krampf in Bauch-, Rücken- und Nackenmuskeln auf. Er erhielt nun Nicotin in Tropfengaben mit Whiskypunsch alle halbe Stunden; nach der 2. Dosis waren die Anfälle schwächer, nach der 4. die Muskeln erschlafft. Nicotin nun ausgesetzt, alle Stunden $^1/_2$ Drachme Spiritus chloroformii und Anweisung, beständig Tabak zu rauchen (nach der von EULENBURG und VOHL zwar angefochtenen, neuerlich aber von HEUBEL bestätigten Ansicht vom Nicotingehalte des Tabakrauches. Ref.). Um 6 Uhr Anfälle schwächer, blos jede Stunde sich wiederholend; die bestehende Unmöglichkeit, den Harn zu entleeren, wurde durch ein warmes Sitzbad und nach Darreichung von 5 Gran Calomel und 15 Gran Jalapa gehoben. Am folgenden Tage heftiger Kopfschmerz, Zuckungen der Extremitäten, Steifigkeit und Schmerzhaftigkeit in den Muskeln des Rückens und der Beine.

Am 3. Tage Nasenbluten, Kopfschmerz besser, dagegen noch Zuckungen in den Extremitäten und grosse Prostration. Am 5. Tage konnte er das Bett verlassen, doch dauerte die bedeutende Schwäche und Zittern noch durch einige Monate an. SCHROFF.

244. Die Sterblichkeit Wiens im Jahre 1870. Von Dr. J. GOLDSCHMIDT. (Oesterr. Zeitschrift für praktische Heilkunde. 1872. Nr. 5, 6, 7 u. 12). Im Jahre 1870 sind unter der Civilbevölkerung Wiens 22.692 Todesfälle vorgekommen; die Sterblich-

keit hat seit 1866 stetig zugenommen; für 1867 ist die Mortalität 33,0 pro Mille und für 1870 ist sie 36,5. Nach Verf. rührt dies daher, dass 1866 die Choleraepidemie sehr viele kranke und schwächliche Leute hingerafft und auf diese Weise eine relativ gesunde Bevölkerung zurück geblieben war. Es starben 1870 täglich im Durchschnitt 62,2, Pers. mit dem Maximum von 87,6 im April und dem Minimum von 45.8 im October.

Es starben 12.317 Indiv. männlichen (54,3%) der Gesammtmortalität) und 10,357 weiblichen Geschlechts. Das absolute Maximum ist für beide Geschlechter im April, das Minimum im October gewesen; anders ist die relative Sterblichkeit. Während im Januar das überhaupt günstigste (52,6%) Verhältniss für das männliche Geschlecht war, hatte hier der März die höchste Zahl (56,7%). Die Sterblichkeit in der Entwicklungsperiode und während des Säuglingsalters stimmt mit der relativen Mortalität des männlichen Geschlechts überein, während sie im hohen Alter ein entgegengesetztes Verhalten hat.

Im ersten Lebensjahre (Säuglingsalter) starben 7058 Individuen, 600 mehr als 1869, von der Gesammtsterblichkeit ist sie 33% gegen 32%. Das Steigen der Mortalität in diesem Alter ist hauptsächlich bedingt durch das Steigen der Entzündungen des Darmes und dann der Athmungsorgane. Die grösste Säuglingssterblichkeit fand im Mai, die kleinste im September statt; im Juli waren die Darmkatarrhe die vorherrschendste Todesursache.

Im Alter vom 2. bis zum vollendeten 20. Jahre (Entwicklungsperiode) starben 3802 Personen und zwar im Alter von 2—10 Jahren 2672, von 10—20 Jahren 1130. Die Mortalität in diesem Alter ist 17,8% der Gesammtsterblichkeit. Die Haupt-Todesursachen sind Tuberculose mit 33,9%, contag. Krankh. mit 18,3%, Entz. der Resp.-Org. mit 17,4%, die des Hirns mit 13,2% und die des Darms mit 4%.

Im Alter von 20—60 (Mannesalter) starben 7490 Personen (und zwar im 3. Decennium 2234, im 4. 1806, im 5. 1774 und im 6. 1676). Der Antheil an der Gesammtsterblichkeit ist 35,1%, die Haupt-Todesursachen sind Tuberculose 45,2%, Entzündung der Resp.-Organe 10,1%, Herzfehler 4,4%, Typhus 4,2%, Carcin. 3,9%, Apoplex. 3,7%, gewaltsamer Tod 3,9.

Im Alter von über 60 Jahren (Greisenalter) starben 3007 Personen und zwar im 7. Decennium 1545, im 8. 1101 und über dieses 361. Der Antheil an der Gesammtsterblichkeit ist 14,1%. Die Todesursachen sind: Altersschwäche 27,1%, Entzünd. der Resp.-Org. 13,7, Tuberculose 14,3%, Carcin. 6,5%, Herzfehler 6,1%, Apopl. 5,7, Lungenemphysem 4,0%. Die meisten starben im April, die wenigsten im September.

Die Todesursachen.

1. Todtgeburten waren 1308 Fälle (21,1 auf 10.000 Einw.), 5,8% der Gesammtsterblichkeit, mit dem Maximum im Februar, und dem

Minimum im März; das männliche Geschlecht ist dabei mit 56,6% vertreten.

2. Todesfälle durch Lebensschwäche sind 1579 vorgekommen (25,5 auf 10,000 Einw.) mit 7% der Gesammtmortalität, das männliche Geschlecht mit 54%. Nach den Darmkatarrhen ist sie die häufigste Todesursache des Säuglingsalters. (Mehr als die Hälfte aller Fälle kommen im Gebär- und Findelhause vor). An Lungenatelektase starben 53, an Anomalien der ersten Bildung 27 Kinder.

3. Tod durch Altersschwäche kam 838 Mal vor (13,5 von 10.000 Einw.) mit 3,7% der Gesammtsterblichkeit und relativer Majorität des männlichen Geschlechts.

4. Todesfälle durch Selbstmord waren 99 (1,44 auf 10.000 Einw.); 78% davon fällt auf das männliche Geschlecht, und zwar im Mannesalter, mit dem Maximum im Juli und Minimum im Januar. Es waren 37 Vergiftungen (und zwar 17 Cyankalium, 7 Phosphor, 3 Schwefelsäure, 2 Kalilauge) und 32 Erhängungen; 12 Indiv. haben sich erschossen.

5. Zufällige Todesursachen 348 (5,63 von 10.000 Einw.), das männliche Geschlecht war mit 75% im Mannesalter vorwiegend. Verunglückungen durch mechanische Verletzungen machen die Hauptzahl aus.

6. An den Krankheiten des Nervensystems sind 2442 Personen gestorben (39,5 von 10.000 Einw.), mit 6,4% der Gesammtsterblichkeit. Die Entzündungen des Hirns und seiner Häute mit 1460 bei relativer Majorität des männlichen Geschlechts, am vorwiegendsten im 1. Lebensjahre, Apoplex. des Gehirns und seiner Häute 3,41 (5,5 von 10.000 Einw.), besonders vom 6. Decennium an und häufiger in den kalten Monaten; chronischen Wasserkopf 248 (4,04 von 10.000 Einw.) mit 1,1% von der Gesammtsterblichkeit, häufiger im Kindesalter bis zum 10. Jahre, Starrkrampf 43, Stimmritzenkrampf 53, Epilepsie 17, Rückenmarksdarre 40.

7. An Krankheiten der Resp.-Organe sind zusammen 3220 Pers. (52,0 von 10.000 Einw.) mit 14,2% der Gesammtsterblichkeit erlegen (an entzündlichen Krankheiten dieses Organs 2885, Lungenentzündung 1930 = 31,2 von 10.000 Einw.) mit 8,5% der Gesammtsterblichkeit gleich bei beiden Geschlechtern, mit dem Maximum im April; Luftröhrenentzündung 353, Rippenfellentzündung 188 = 3 von 10.000 E., besonders im Mannesalter; Lungenemphysem 240 = 3,9 von 10.000, bei Männern mehr wie bei Weibern und vorwiegend im Greisenalter.

8. An Krankheiten der Kreislaufsorgane 698 = 11,3 von 10.000 Einw. mit 3,1% der Gesammtmortalität, besonders an organischen Herzfehlern vorwiegend im Greisenalter.

9. An Krankheiten der Verdauungsorgane starben 2850 Personen = 46,1 von 10.000 Einw. Entzündungen des Darmtractus 2375 = 38,4 auf 10.000. Fast 90% dieser Fälle betreffen das Säuglingsalter, Bauchfellentzündungen sind seltener, nur 0,9%.

10. An sämmtlichen Krankheiten des Harnapparates starben 345 Pers. = 5,6 von 10.000 Einw. mit 1,5% der Gesammtsterblichkeit; bei Männern bedeutend mehr, im Mannes- und Greisenalter vorwiegend.

11. An den Krankheiten der Geschlechtsorgane incl. Puerperalkrankheiten starben 88 Pers. mit 0,4% der Gesammtmortalität; am meisten das weibliche Geschlecht im Alter von 20—40 Jahren vertreten.

12. An Krankheiten der Knochen, Gelenke und Muskeln 242 P., 3,9 von 10,000 und 1.1% der Gesammtsterblichkeit; Beinfrass 157, Gelenkrheumatismus 25, eitrige Gelenksentzündung 46.

13. An Krankheiten der Haut und des Zellgewebes 177 P. = 2,7 von 10.000 mit 0,8% der Gesammtsterblichkeit; am häufigsten im 1. Lebensjahre.

14. Todesfälle durch Constitutions- und Blutkrankheiten waren 531 = 8,6 von 10.000 Einw. und 2,3% der Gesammtsterblichkeit. Blutarmuth und Abzehrung 167, Pyämie 105, Folgen der Trunksucht 23, chronische Metallvergiftungen 4.

15. Tuberculosen sind 5546 = 89,6 von 10.000 mit 24,4% also 1/4 aller Todesfälle, beim männlichen Geschlecht mehr (58%). Die Lungentuberculose allein war mit 5103 = 22% der Gesammtmortalität in allen Altersclassen mit vorwiegendem Maximum im 3. Decennium, bis April zunehmend und von da bis September sinkend. Hirn- und Hirnhauttuberculose dagegen nur 191 = 0,8% der Gesammtsterblichkeit mit dem Maximum im April und Minimum im October. An Scrophulose starben 68 Pers.

16. An sämmtlichen krebsartigen Erkrankungen starben 567 P., 9,2 von 10.000 und 2,5% der Gesammtsterblichkeit. Am häufigsten war der Uterus 197, dann Magen 143, Leber 80, Brustdrüse 50, Mastdarm 27.

17. An ansteckenden Krankheiten starben 1702 P., 28,5 von 10.000 mit 7,5% der Gesammtsterblichkeit. Typhus mit 594 = 9,5 von 10.000 Einw. mit 2,6% der Gesammtmortalität. Epidemisch ist der Typhus nicht aufgetreten, er kam während des ganzen Jahres gleichmässig vor. Blattern hatten 1,3% der Gesammtsterblichkeit, vorwaltend bis zum 10. Jahre. Masern 93 = 1,5 von 10.000 mit 0,4% der Gesammtsterblichkeit. Scharlach 117 Fälle = 0,5% der Gesammtsterblichkeit; Keuchhusten hat 160 Fälle, Diphtheritis 126 P. = 2,0 von 10.000 Einw.. Rothlauf zeigte 133 Fälle, Kindbettfieber 27, Ruhr

104, die meisten Fälle im August, die wenigsten im November, Syphilis 41.

Die Sterblichkeitszunahme im Jahre 70 ist nicht bedingt durch eine Epidemie, sondern durch eine gleichmässige Zunahme der meisten und wichtigsten Todesursachen, besonders der Tuberculose der Lungen, der Entzündungskrankheiten der Lungen und des Darmcanals, sowie der Hirnapoplexien. Baer.

VI. Physiologie, Anatomie, pathologische Anatomie.

245. Beiträge zur Lehre von der Wärmeregulation. Von Dr. Wilhelm Winternitz in Wien. (Virchow's Archiv, 56. Band.) Auf die Veränderungen der Wärmevertheilung nach Wärmeentziehungen machte Verf. schon früher [1]) aufmerksam, und er bemüht sich in der vorliegenden Arbeit, die Ursachen der veränderten Wärmevertheilung im Körper nach thermischen und mechanischen Einwirkungen zu erforschen.

Winternitz fand bei seinen Versuchen gleichzeitiger Achselhöhlen- und Rectum-Temperaturmessungen, dass schon die Entblössung des Körpers, die Einwirkung der kühlen Zimmerluft eine Veränderung der Wärmevertheilung im Körper bewirkten, so zwar, dass die Achseltemperatur, welche im Beginne des Versuches um 0·65° niedriger stand als die Rectumtemperatur bei ruhiger Lage in 27 Min. um 0·49° stieg, während die Rectumtemperatur gleichzeitig 0·3° C. sank, so dass nach dieser Zeit die Rectumtemperatur niedriger stand als die der Achselhöhle.

Jede weitere Wärmeentziehung, so eine Abreibung mit einem in 10° Wasser getauchtem Leintuche in der Dauer von 4 Minuten bewirkte ein Sinken der Rectum-Temperatur um 0·35 ; ein darauf applicirtes Luftbad von 2 Min. Dauer ein weiteres Sinken der Rectumwärme. Die Achselhöhle zeigte gleichzeitig eine steigende Tendenz. So betrug die Temperaturdifferenz zwischen Achsel und Rectum im Beginne des Versuches 0·65° zu Gunsten des Rectum, unmittelbar vor dem Luftbade 0·15 C. zu Gunsten der Achselhöhle, unmittelbar nach demselben 0·55 in demselben Sinne.

Es wird noch durch einen 2. Versuch belegt, dass Wärmeentziehungen von der äusseren Körperoberfläche den Gang der Temperatur

[1]) Einfluss von Wärmeentziehungen auf die Wärmeproduction. Krit. experimentelle Studie v. Dr. W. Winternitz. Med. Jahrb. 1872.

in Axilla und Recto zu einem geradezu entgegengesetzten machen können, so dass sie ein Steigen der Achsel- ein gleichzeitiges Sinken der Rectumtemperatur bewirke.

Ferner wird durch einen Versuch erwiesen, dass auch bei Fieberkranken Wärmeentziehungen eine grössere gleichzeitige Temperaturherabsetzung im Rectum als in der Axilla bewirken können.

Auf Basis dieser Beobachtungen kritisirt WINTERNITZ nochmals die LIEBERMEISTER'sche calorimetrische Methode, und kömmt zu folgendem Schlusse: „Die Grundlagen der LIEBERMEISTER'schen Calorimetrie sind durch den von mir geführten, von ACKERMANN bestätigten Nachweis, dass die an das Wasser abgegebenen Wärmemengen nur höchst ungenau berechnet werden können, und durch die Darlegung, dass der im Körper vorhandene Wärmevorrath und die Veränderungen desselben an einer oder der anderen Körperstelle nicht einmal annähernd abzuschätzen sind, wesentlich erschüttert. Wenn man unmittelbar nach einer Wärmeentziehung eine Zunahme oder Constanz der Achselhöhlentemperatur, eine gleichzeitige Herabsetzung der Rectumtemperatur beobachtet, so heisst es den Thatsachen einen wohl nicht gerechtfertigten Zwang anthun, wenn man daraus schliesst, dass die Körpertemperatur nur peripherisch abgekühlt worden sei, und dass in einer Tiefe, die der Entfernung der Achselhöhle von der Oberfläche entspricht, der Körper keinerlei weitere Temperaturänderung erfahren habe. Es heisst auf falschen Prämissen seine Rechnungen und weiteren Folgerungen aufbauen, wenn man die Temperaturzunahme oder Abnahme in der Achselhöhle oder im Rectum auf den ganzen Körper überträgt und dieses Rechnungsresultat als einen Factor zur Berechnung der während einer Wärmeentziehung stattfindenden Wärmeproduction in Anschlag bringt.

Ich wiederhole es und betone es, nicht die an das Badewasser abgegebenen Wärmemengen, noch weniger aber die gleichzeitig producirten Wärmequantitäten sind nach der LIEBERMEISTER'schen Methode abzuschätzen.“

Nach dieser scharfen Verurtheilung der L.'schen Calorimetrie wendet sich W. der Erforschung der Ursachen der Veränderung der Wärmevertheilung bei Wärmeentziehungen von der äusseren Körperoberfläche zu.

Er fand, dass die Veränderungen der Wärmevertheilung oder präciser die Temperaturdifferenz zwischen Achsel und Rectum um so grössere waren, je grösser unter sonst gleichen Umständen der mit dem thermischen Reize verbundene mechanische Reiz gewesen.

Von Wichtigkeit schien es, zu entscheiden, ob der mechanische Hautreiz allein auch eine ähnliche Veränderung der Wärmevertheilung hervorbringe. Einer von den Versuchen mit trockener Abreibung der

Körperoberfläche wird mitgetheilt, und ergibt ein ziemlich analoges Resultat mit dem bei Einwirkung eines complicirten thermischen und mechanischen Reizes: die Achseltemperatur war kurz nach der Friction etwas gestiegen, die Rectumwärme unmittelbar nach derselben um 0·3% C. gesunken.

Winternitz erklärt nun die Veränderungen der Wärmevertheilung nach thermischen, mechanischen oder solchen combinirten Einwirkungen, die die Körperoberfläche treffen, aus den durch dieselben bewirkten Circulationsveränderungen.

Es ist ihm der Nachweis gelungen, dass mit einer Contraction der Hautgefässe die Wärmeabgabe von der Haut um 40% und mehr (nach neueren Versuchen selbst über 70%) vermindert werden könne. So dass eine Verengerung der Hautgefässe für eine kurze Zeit durch verminderte Blutzuströmung zur Peripherie und durch verminderte Wärmeabgabe daselbst eine Constanz der Temperatur der Achselhöhle, ja selbst eine Steigerung erklären kann, wenn nämlich die Vergrösserung des Wärmeverlustes kleiner ist, als die Verminderung der Wärmeabgabe.

Aber selbst bei grösseren Wärmeentziehungen, die selbst eine Erweiterung der peripherischen Gefässe, eine wie W. nachwies um 40% und mehr gesteigerte Wärmeabgabe von der Peripherie bewirken, lässt sich aus der Circulationsveränderung ein Constantbleiben, ja ein Steigen der Achseltemperatur erklären, ohne zu der aus falschen Methoden errechneten Annahme einer absolut gesteigerten Wärmeproduction greifen zu müssen. Dabei werden ausserdem die beobachteten Veränderungen in der Wärmevertheilung erklärlich. Der wichtigste Factor zur Erklärung dieser Phänomene so wie der Vorgänge bei der Wärmeregulation ist nach W. das Verhalten der Gefässe in den Muskeln.

Es ist aus zahlreichen Gründen, die W. anführt, höchst wahrscheinlich, dass sich die Gefässe in den quergestreiften Muskeln auf Kältereize nicht contrahiren, vielleicht sogar sich erweitern.

„Wir können uns vorstellen,“ sagt W. „dass der thermische Reiz durch Vermittlung des Nervensystems einen vermehrten Blutzufluss zu den Muskeln bewirkt und dieser erhöht wie überall auch hier die Function — die Wärmebildung.“ Während also die Contraction der Hautgefässe den Wärmeverlust vermindert, nehmen die nicht contrahirten Muskelgefässe zunächst das für das Hautorgan bestimmte Blut auf, und werden durch reflectorischen Nervenreiz zu erhöhter Thätigkeit gebracht, da die Wärmeproduction zur normalen Muskelfunction gehört, wie jedes Organ bei gesteigerter Function mehr Blut führt. Diese vermehrt den Muskeln zu geführte Blutmenge muss, da der Blutgehalt des Kör-

pers sich nicht geändert hat, anderen und zwar den inneren Organen entzogen werden.

Die veränderte Blutvertheilung aber ist die wesentlichste Ursache der durch Wärmeentziehungen veränderten Wärmevertheilung.

Die verminderte Blutmenge bedingt eine verminderte Function und damit auch eine verminderte Wärmebildung in den inneren Organen.

W. findet darin eine bisher noch nicht genügend gewürdigte Vorrichtung der Wärmeregulation. Zwischen der von W. zuerst seinem Ziffernwerthe nach approximativ bestimmten Regulations-Vorrichtung in der Haut und den inneren Organen ist ein Stratum (ungefähr die Hälfte der gesammten Körpermasse betragend) eingeschaltet, welches durch gesteigerte Blutzufuhr, durch gesteigerte Wärmeproduction das zu rasche Eindringen der Kälte zu den inneren Organen verzögert. Die inneren Organe zeigen aber dennnoch eine Temperaturabnahme, nach Massgabe der ihnen entzogenen Blutmenge, und der dadurch verminderten organischen Function.

Die abkühlende Wirkung des von der Peripberie mit erniedrigter Temperatur zurückkehrenden Blutes, der Ausgleich der veränderten Blutvertheilung macht sich hauptsächlich als Nachwirkung der Wärmeentziehung geltend.

W. stützt seine Anschauung durch Mittheilung einer Anzahl von Thatsachen, die sich nur bei einer solchen Auffassung der Wärmeregulationsvorgänge naturgemäss erklären lassen.

Das unter Wärmeentziehungen eintretende Sinken der Temperatur an dem einen Orte, die verminderte Wärmebildung daselbst, das gleichzeitige Steigen der Temperatur an einem anderen Orte, die hier erhöhte Wärmeproduction sind Compensationsvorgänge, die ihrer Grösse nach auch nicht annähernd bestimmt werden können, und die darum auch eine Berechnung der factisch stattfindenden Wärmebildung unmöglich machen.

Es macht sich hiernach WINTERNITZ ein analoger Thätigkeitswechsel der Organe durch die veränderte Blutvertheilung geltend, wie ihn RANKE für die Function der verschiedensten Organe erwiesen hat. Hier bezieht sich der Functionswechsel vornehmlich auf den veränderten Ort der Wärmebildung.

Diese Compensationen sind auch die Ursache, dass der Mehrverbrauch von Stoff bei angestrengterer Thätigkeit einzelner Organe oder Organgruppen die Gesammtbilanz des Körpers nicht oder nicht entsprechend verändert. So kann beispielsweise der Gesammt-Consum sich gleich bleiben trotz des Mehr-Consumes einer Organgruppe.

BETTELHEIM.

246. Ueber künstliche Epilepsie. In einem Vortrage der Société de Biologie theilt BROWN-SÉQUARD in Anschluss an seine früheren Versuche (siehe „Rundschau" 1870, Nr. 437) mit, dass Durchschneidung des Rückenmarkes unmittelbar oberhalb des Austrittes der Nervenwurzeln des N. ischiadicus nicht im Stande sei, Epilepsie zu erzeugen; er glaubt daher, dass die grösste Rolle bei der künstlichen Erzeugung epileptischer Convulsionen den Sympathicusfasern zukomme, die im N. ischiadicus verlaufen. Die interessanten Controllversuche, die in isolirter Durchschneidung des Sympathicus bestehen würden, sind kaum durchführbar. OBERSTEINER.

247. Ueber Anheilung transplantirter Hautstücke. Von Dr. Albert THIERFELDER. (Leipzig.) (Arch. der Heilkunde. 13. Jahrg. 6. Heft). Verf. hatte Gelegenheit, 2—3 Wochen und in einem 2. Falle 2—3 Monate alte transplantirte Hautstückchen zu untersuchen und beschreibt die mikroskopischen Befunde, welche er durch zwei ausgezeichnete Abbildungen veranschaulicht.

Im 1. Falle fand er ausser einer bedeutenden Neubildung von Blutgefässcapillaren bis in die Cutispapillen hinein auch einen Wucherungsprocess der Muskelfasern des musc. pectoralis, auf welchen die Hautstückchen aufgesetzt waren. Das Epithel wich von der Norm nicht ab.

Im 2. Falle waren die Cutispapillen flach verzogen, aber von einem normalen Rete Malpighi bedeckt, über dem ein undeutliches dünnes Stratum corneum vorhanden war. In die Papillen stiegen die Capillaren gerade aus der Tiefe auf. Die Grenze zwischen ehemaliger Wundfläche und transplantirtem Hautstücke ist nur mehr durch eine verschiedene Faserrichtung gekennzeichnet, und das Zelleninfiltrat, welches im ersten Falle die Grenze anzeigte, war geschwunden.

GUSSENBAUER.

VII. Kritiken.

248. Die electromotorische Wirkung lebender Gewebe. Von Dr. A. GRÜNHAGEN. (Berlin bei Otto Müller. 1873.) Es ist wohl kaum ein Capitel der Physiologie so genau und exact durchforscht als das Capitel von den electromotorischen Eigenschaften der Nerven und Muskel. Und gerade in diesem Capitel geschieht es, dass in jüngster Zeit die als sicher hingestellten ersten Lehrsätze, auf welchen man seit Jahren gefusst hatte, angegriffen werden. Wir haben die Angriffe HERMANN's gegen DU BOIS REYMOND seiner Zeit besprochen. (Vergl. „Rundschau" 1871, Nr. 592.)

Von ganz anderer Seite greift jetzt GRÜNHAGEN jene Lehren an, indem er eine Reihe elektrophysiologischer Thatsachen auf anderem Wege als seine Vorgänger zu erklären sucht. Es kann hier nicht näher auf den Inhalt des Büchelchens eingegangen werden, und es sei nur erwähnt, dass uns ein näheres Eingehen kaum von Nutzen sein würde. Wir würden uns nämlich nicht überzeugen können, dass die vom Verf. aufgestellte Theorie für uns von Werth ist, weil sie, nur für eine kleine Reihe von Erscheinungen durchgeführt, den grössten Theil derselben unberührt lässt. EXNER.

249. Nachtrag zu der Brochüre: Ein Apparat für künstliche Respiration und dessen Anwendung zu Heilzwecken. Von Dr. Ignaz HAUKE in Wien. (Wien 1872. Im Selbstverlage des Verfassers.) HAUKE hat seinen unseren Lesern als physiologisch-physikalisch wohlbegründet und als praktisch am Krankenbette wohl erprobt bekannten Apparat zur Bekämpfung des Lungenemphysems nun in zweierlei Weise modificirt, indem er einmal denselben zum Selbstgebrauche des Patienten eher verwendbar gemacht und indem er ihn zur Inspiration verdichteter (eventuell Theer-, Fichtennadeln-Dämpfen etc. gesättigter, warmer) Luft modificirt hat.

In Bezug auf die Beschreibung und Gebrauchsanweisung verweisen wir auf das Original und wollen nur in Folgendem den sehr einleuchtenden Motiven folgen, welche HAUKE seiner jetzigen Anwendung des Apparates zu Grunde gelegt hat.

Zur Lungenschwindsucht incliniren besonders herabgekommene, abgemagerte, anämische Individuen, namentlich solche mit sog. phthisischem Habitus, d. h. Personen mit schwacher Entwickelung namentlich jener Muskulatur, welche den Thorax zu bewegen und zu halten hat. — Werden einzelne Lungentheile, z. B. die Spitzen constant beim Athmungsgeschäfte vernachlässigt, so erschlaffen die muskulösen Elemente derselben und dadurch kömmt es zu abnormen Diffusionsvorgängen in den Gefässen der betreffenden Lungenabschnitte und deren Folgen.

Desshalb trachtet auch jede rationelle Therapie der Lungenschwindsucht, die Ernährung im allgemeinen und die der Respirationsmuskeln ganz besonders zu heben — Bewegung im Freien, besonders auf leicht bergigem Terrain, gymnastische Uebungen zur Production tiefer Inspirationen werden desshalb mit Recht anempfohlen, können aber nicht ausgeführt werden, wo es bereits zu localen Erkrankungen gekommen ist, in specie nicht bei Lungenblutungen, Seitenstechen, wenn Hustenreiz jedes tiefe Inspirium begleitet u. dgl.

Aber auch ohne diese Zeichen schon, bei bloss objectiven Symptomen des Spitzenkatarrhs ist jede forcirtere Steigerung der Athembewegungen zu vermeiden, wie folgende Ueberlegung zeigt. Ist

die Schleimhaut eines Bronchus z. B. katarrhalisch geschwellt, so wird bei jeder Inspiration weniger Luft aspirirt, die betreffende Lungenpartie weniger, die benachbarte dafür entsprechend mehr ausgedehnt und übt daher auf die Lungenpartie mit dem verengten Bronchus einen Zug insolange aus, bis die entsprechende Ausdehnung durch Nachströmen der Luft erreicht ist. Dieser Zug wirkt aber auch auf die Blutgefässe und es muss dem Zuge entsprechend auch mehr Blut in die betreffende Lungenpartie einströmen. Eine Reihe tiefer Inspirationen steigert also den Blutgehalt der erkrankten Lungenpartie und kann bei Neigung zu Haemoptoe eine solche oder überhaupt eine unwünschenswerthe Ausdehnung der Capillaren zur Folge haben.

Auch bei bereits neben dem Katarrh bestehender Lungenverdichtung, ferner bei pleuritischen Adhäsionen muss der Effect tiefer Inspirationen ungünstig sein: Geschieht die inspiratorische Erweiterung des Thorax nemlich rascher als die gleichmässig nach allen Richtungen einströmende Luft den betreffenden Raum vollständig ausfüllen kann, so kommt es darin zu einer Luftverdünnung, die während der ganzen Dauer der Inspiration sowohl die Blutzufuhr als das Einströmen der Luft steigern wird.

Will man also bei einem Individuum mit verdächtigem Lungenspitzenkatarrh die Lungenspitzen zur normalen Entfaltung bringen, um die Erschlaffung der contractilen Elemente zu verhindern, will man sie mit einem reichlichen, für die Exspectoration verwerthbaren Luftquantum füllen, will man die Inspirationsmuskeln kräftigen, ohne die geschilderten Nachtheile herbeizuführen, so muss man dem Kranken — (nicht zu sehr und nicht zu wenig) verdichtete Luft zum Einathmen bieten, die von selbst die Lungen nach allen Richtungen entfaltet.

Eine Druckhöhe von 6—8 Zoll Wasser ist einerseits leicht erträglich, andererseits doch mächtig genug, um die Lunge bis zu einem gewissen Grade zu entfalten — vorausgesetzt, dass der Experimentirende seinen Thorax nach Massgabe der einströmenden Luft selbstthätig erweitert. Die einströmende Luft vertheilt sich nach allen Richtungen in der Lunge nach Massgabe des Widerstandes, den ihr die Contractionskraft der Lunge entgegenstellt, sie strömt also in den durch katarrhalische Schwellung verengten Bronchus so rasch ein, dass die Entfaltung dieser Lungenpartie gleichen Schritt hält mit der der benachbarten Lungenabschnitte.

Es wird also jetzt während der Inspiration kein vermehrter Blutzufluss stattfinden (da die Contractionskraft der benachbarten Lungenpartie nicht als Aspiration zur Geltung kommt, indem ihr der Druck der einströmenden Luft das Gleichgewicht hält), im Gegentheil können bestehende partielle Hyperämien durch die vollkommene Lungenentfaltung beseitiget, ausgedehnte Gefässe zur Norm zurückgeführt werden; die Exspectoration wird erleichtert, die Kräftigung der Inspirationsmus-

keln gefördert werden, da sie jetzt bei jeder Insufflation die grösstmögliche Brustkastenerweiterung bewerkstelligen müssen.

Dieses sind die theoretischen Argumente, welche HAUKE vorbringt, um die Anwendung verdichteter Inspirationsluft bei phthisischen Zuständen zu empfehlen. — Wir halten diese Argumente für völlig zutreffend und hoffen, dass der Erfolg in der Praxis (es soll täglich 2- bis 3mal durch 10 bis 15 Minuten geathmet werden) dem Verfasser ebenso Recht geben wird, wie es bei der Behandlung des Emphysems bereits geschehen ist.

BETTELHEIM.

250. Lehrbuch der Physiologie des Menschen. Von W. WUNDT. 3. Aufl. Die dritte Auflage des bekannten Lehrbuches der Physiologie liegt vor. Sie enthält auf 768 Seiten die gesammte Physiologie mit Einschluss der mikroskopischen Anatomie der Organe. Wohlgelungene Holzschnitte 164 an der Zahl zieren den Text. Von den früheren Auflagen unterscheidet sich diese insbesondere durch die vollständige Umarbeitung der allgemeinen Physiologie, sowie der Physiologie der Ernährung und des Nervensystemes.

Die für ein Lehrbuch vielleicht etwas zu fleissige und unparteiische Zusammenstellung der einschlägigen neueren und älteren Ansichten bekömmt für den Vorgerückten durch die Citirung der Quellen noch besonderen Werth.

Das Buch ist verlegt bei Ferdinand Enke in Erlangen.

EXNER.

VIII. Kleine Mittheilungen.

251. MAJER. Fälle von Wasserscheu in Baiern im Jahre 1869/70. (Aerztl. Intellig.-Bl. 1872, 7.)

In Baiern kamen von October 1869 bis Ende December 1870 19 derartige, immer tödtlich endende Fälle zur Beobachtung. In einem Orte wurde ein von einem wuthverdächtigen Hunde gebissener Hund nach 6wöchentlicher Contumaz „als unverdächtig entlassen“, verendete 3 Monate darauf unter allen Zeichen der Hundswuth. Ein 2. solcher Fall von Ausbruch der Krankheit nach 2monatlicher Contumaz kam ebenfalls vor. „Diese Fälle mögen zum Beweise dienen, wie lange das Gift latent bleibt, und wie gefährlich es ist, gebissene Hunde nach 6—8wöchentlicher Contumaz-Zeit als unverdächtig zu entlassen.“ BETTELHEIM.

252. WIBMER. Blatternseuche in Oberbaiern. (Aerztl. Intelligenzblatt 44, 1872.)

In den 10 Jahren 1862—1871 sind in Oberbaiern bei einer Bevölkerung von 815.760 Seelen 14.473 (1.77%) an Blattern erkrankt, in München allein von 60.000 Seelen 2·6%, in Oberbaiern starben 1544 (10·66%), in München nur 6·65% aller Erkrankten. Von den Erkrankten

waren 5·23% nicht geimpft und von diesen starben 52·77%, von den Geimpften nur 8·67%, von Revaccinirten 5·86%, wobei auch die mitgezählt sind, bei welchen die Revaccination nicht gelungen und die sehr zahlreichen Fälle, bei welchen sie erst nach der Infection vorgenommen worden war. EISENSCHITZ.

253. Camille CHAPOT-DUVERT. Electrische Bäder gegen das Zittern der Säufer und gegen das Mercurialzittern. (Revue Thérap. Nov. 1871 — allg. med. Central Zeit. 1872, 25.)

Gegen sehr hochgradiges Zittern der Hände und Füsse aus den oben angedeuteten Ursachen, welches anderen Mitteln widerstanden hatte, will Verf. (in 6 Fällen) mit sehr gutem Erfolge electrische Bäder angewendet haben. Er bediente sich dazu nur eines einzigen starken BUNSEN'schen Elementes „mit Unterbrechung des Stromes.“ Der + Pol kam auf die Füsse, der — auf den Kopf, Dauer der alle anderen Tage applicirten Bäder 20 Minuten, Zahl der Bäder 7 bis 26. BETTELHEIM.

254. NAMIAS. Ueber Propylamin. (Giorn. venet. Mai u. Juni 1872. — Allg. med. Centralzeitg. 28. Aug. 1872.)

NAMIAS fand das schon früher zu demselben Zwecke von AVENARIUS empfohlene Propylamin in Grammdosen mit Wasser und etwas Syrup gemischt, 2stündlich etwa 2 Gran, bei Gelenk- und Muskelrheumatismus (von OPPOLZER ohne besondern Erfolg versucht. Ref.) von sehr günstiger Wirkung; die Heilung erfolgte in viel kürzerer Zeit vollständiger als bei den früheren Heilmethoden. Auffallend war die Wirkung auf den Puls, der in seiner Frequenz und Stärke herabgesetzt wurde, sowie auf die Herabsetzung der Temperatur. Die Diurese wurde bei Rheumatismuskranken, sowie auch bei hydropischen bedeutend vermehrt, bei letzteren auch die Hautsecretion. N. empfiehlt daher dasselbe, das zu 2 Grm. pro die ohne Nachtheil gereicht werden kann, statt der oft Störungen des Nervensystems oder Magenbeschwerden mit sich bringenden Digitalis, nicht bloss in obigen Fällen, sondern auch bei Herzkrankheiten. SCHROFF.

255. NICHOLS. Ueber dieAnwendung der Nux vomica bei Dyspepsie. (Chicago med. journal. — The med. record, No. 159, 1872. Allg. med. Centralztg. 1873 — 21.)

Ist die D. ohne jede Complication, so verordnet Verf.: R. Extr. Nuc. vomic. dr. iij, Alcohol dr. vj. MDS. 5 Tropfen vor jeder Mahlzeit in Wasser zu nehmen. Bei Coëxistenz mit nervöser Abspannung, schweren Träumen etc. verordnet Verf. ausser der obigen Arznei noch folgende Verbindung; R. Kali jodat. dr. β, Kali chloric., Kali carbonic. $\overline{aa}$ dr. j. M. Div. in p. 20. S. Vor der Nacht 1 P. in einem halben Glase warmer Milch zu nehmen. Wenn gleichzeitig Nausea, scharfes oder übelriechendes Aufstossen nach dem Essen vorhanden sind, so verordnet Verf. statt dieser Salze den phosphorsauren Kalk oder verdünnte Schwefelsäure nach jeder Mahlzeit. Redaction.

256. FERBER (Hamburg). Das HELMHOLTZ'sche Verfahren gegen das Heufieber. (Arch. der Heilkunde XII. 6.)

Verf. fand HELMHOLTZ's Empfehlung [Schnupfen von einer Lösung von 6gr. Chinin auf 6 Unzen Wasser (vergl. "Rundschau" 1870, 191] in 3 Fällen von vollständigem Erfolge begleitet, bei ihm selbst war der Erfolg „nur als ein lindernder zu bezeichnen.“ Es ist dem Verf. auffällig, wieso Heufieberkranke, wenn der Grund ihres Leidens in der That in „Nasenparasiten“ bestehen sollte, nicht ihre Umgebung anstecken.

BETTELHEIM.

257. Fr. Betz. Carbolisirte Fetteinreibungen gegen Scharlach. (Allg. med. Centr. Zeitung 98.)

Fr. Betz. (Memorabilien 3. H. 1872) empfiehlt statt der einfachen Fetteinreibungen beim Scharlach, Schweinefett mit mit 1—2 Pct. Carbols. anzuwenden, welches gleichzeitig antiprasitär wirkt. Er lässt damit 2 bis 3mal täglich den ganzen Körper mit Ausnahme des Kopfes einreiben. Die Kranken haben darnach ein „wohlthuendes Gefühl, die Haut erhält sich weicher und nach jeder Einreibung sinkt die Hauttemperatur etwas.“

Eisenschitz.

Der Redaction eingesendete neu erschienene Bücher und Schriften.

Dr. F. Krischke. Die Wasserheilanstalt Kreuzen bei Grein an der Donau in der Sommersaison 1872. Wien 1873, Braumüller.

Dr. E. Lewy. Die Berufskrankheiten der Bleiarbeiter. Wien 1873. Selbstverlag des Verfassers.

Dr. Enrico Venturini, Tumore del mediastino. Forli 1873.

Dr. H. Schuber. Der Curort Hall in Ober-Oesterreich mit seinen Jod- und Bromhaltigen Quellen. Wien 1873. In Commission bei Carl Czermak.

Zur Aufklärung über die gegenwärtigen Zerwürfnisse in der Buchdruckerwelt. (Braunschweig. Vieweg und Sohn).

Vorschläge zur Abwehr der Syphilis und zur Milderung ihrer Folgen. (Als Manuscript gedruckt). Leipzig, Metzger und Wittig. 1872.

Dr. Heinrich Kisch. Marienbad in der Cur-Saison 1872 nebst einigen Bemerkungen über die Stuhlverstopfung als Symptom von Uterinal-Leiden. Prag, Selbstverlag 1873.

Dr. Karl B. Hofmann. Ueber Chromhidrose. Sep.-Abdr. aus der „Wiener medic. Wochenschr.“ 1873, 13.

Mit tiefer Betrübniss geben wir Nachricht von dem Tode unseres langjährigen Freundes, des Herrn Dr. **Karl Schönaich**. Wenn auch seine vielfachen ärztlichen Berufsgeschäfte ihn nicht thätigen Antheil an der „Rundschau“ nehmen liessen, so folgte er doch unserem Unternehmen von Anfang an mit der wärmsten Sympathie. Friede seiner Asche!

Wien, im Mai 1873. Die Redaction der „Med. chir. Rundschau.“

Offene Correspondenz.

(Geschlossen am 30. April 1873.)

Zusendungen, darunter Ersuchen um Empfangsbestätigung eingesendeter Beträge liefen ein von Herrn O.-A. Dr. D. in Hidegkút, Herrn Dr. T. in Wiese, Herrn O.-A. Dr. Z. in Waiasdin, Herrn Dr. G. in Krems, Herrn Dr. L. in Suhl, Herrn Dr. Br. in Libochowitz, Herrn Dr. A. M. in N. Sajo (Ihre jetzige Adresse ist uns unbekannt, Jännerheft 1871 vergriffen), Herrn Dr. K. in V.-Namény, Herrn Dr. N. in Pest, Herrn Reg.-A. Dr. M. Sch. in Zombor, Herrn Honv.-O.-A. Dr. Sp. in Karád, Herrn Dr. S. in Constantinopel, Herrn R. in Brünn, Herrn Stabsarzt Dr. R. in Wien, Herrn Dr. R. in Luze, Herrn O.-A. Dr. Kr. in Tenke, Herrn Dr. K. in Lieben, Herrn Dr. D. in Wien. — Herrn Dr. P. in Kruschewatz: 2 fl. 70 an die „med. Presse“ abgegeben; Ihr Abonnement beglichen bis Ende 1873 und 12 kr. Gutschrift. — Herrn Dr. S. in Dayton: 4 Dollars der Buchhandlung von Braumüller übergeben. — Herrn Dr. J. in Kissingen: Ihre Anfrage Herrn Dr. v. Stahlberg übergeben. Sämmtliche Zuschriften wurden erforderlichenfalls per Post beantwortet. — Versendet wurde ferner ein Reclamationsschreiben an die „Pester med.-chir. Presse“, eine Phiole Impfstoff nach Wiese.

Verantwortlicher Redacteur Dr. Karl Bettelheim. — Einsendungen an die Redaction sind zu richten: I. Gonzagagasse 5.

Anglo-Oesterreichische Bank.

In der heute stattgehabten **neunten ordentlichen Generalversammlung** wurde beschlossen:

1. Die Auszahlung einer Dividende für das Jahr 1872 im Betrage von **22 fl. ö. W.** auf jeden Actien-Interimsschein.

2. Die Vergrösserung des Gesellschafts-Kapitales durch Ausgabe von 50.000 neuen mit je 120 fl. Oe. W. eingezahlten Aktien (Interimsscheinen), welche an den Erträgnissen des Jahres 1873 gleich den bereits emittirten Aktien (Interimsscheinen) partizipiren.

Wien, 19. April 1873.

Der Generalrath.

Fabrikant chirurgischer Instrumente

FRIEDRICH REINER,

WIEN,

Alsergrund, van Swietengasse Nr. 10,

nächst der k. k. Josefs-Akademie,

hält stets ein Lager und verfertigt alle Gattungen von **Instrumenten** und **Apparaten** von vorzüglichster Construction für medicinisch-chirurgische Zwecke.

Besonders empfiehlt derselbe die zweckmässigsten **Inhalations-Apparate,** sowie **Instrumente** zur **Laryngoscopie** und **Rhinoscopie** zu mässigen Preisen.

Orthopädische Heilanstalt

Währing (nächst Wien), Stiftgasse Nr. 3.

Der Vorstand dieses Institutes wohnt in der Anstalt und führt die gesammte Leitung. Die ärztliche Behandlung durch den Institutsvorsteher betrifft Verkrümmungen und Verunstaltungen des Körpers, Verbildung und Entzündung der Knochen und Gelenke, Verkürzung, Zusammenziehung der Sehnen, Schwund und Lähmung der Muskeln. Den Angehörigen der Patienten steht die Wahl von Konsiliarärzten frei. — Sorgfältige Pflege und Verköstigung der Zöglinge, sowohl in gemeinschaftlichen als in separirten Zimmern. — Gymnastische Uebungen, Unterricht in Wissenschaften, Sprachen, Musik. Nähere Besprechungen, Konsultationen Programme und Aufnahme in der Anstalt, 3—5 Uhr. 522, 26—7

Dr. v. Weil, k. Rath und Direktor.

Curort

TRENCHIN - TEPLICZ

in Ungarn.

Seit Jahrhunderten bekannte und weltberühmte Schwefelthermen von 29 bis 32° R.

Badeanstalten: fünf Spiegelbäder, Holz- und Porzellan-Wannen, kalte und warme Douchen. Ferner ein neuerrichtetes kaltes Bad.

Gute Schafmolke, alle Mineralwässer, Kiefernadel- und Eisenbäder.

Anerkannte und erprobte Wirkungen: bei Gicht, Rheumatismus, Neuralgien, Lähmungen, Haut- und Knochenkrankheiten, Syphilis, Scrophulose.

Die Saison beginnt am 1. Mai und dauert bis Ende September.

Zur Aufnahme der Gäste mehrere mit Comfort eingerichtete grosse Hotels und viele Privathäuser, Post- und Telegrafen-Station, — Apotheke, Restaurationen und Kaffeehäuser. — Tägliche Theater-Vorstellungen. — Ein gut besetztes Orchester.

Herrliche, weitausgedehnte Parkanlage. Eine geschlossene Wandelhalle mit Lesesalon. — Bälle und Concerte. — Ausflüge auf mehrere schöne Punkte des romantischen Waagthales. — Die Eisenbahnen führen die Reisenden zu: von **Wien** bis **Ungarisch-Hradisch**, von **Oderberg** bis **Sillein** mit der Kaschau-Oderberger-Bahn, und von **Unter-Ungarn** bis **Galantha**. — Die Entfernung von **Ungarisch-Hradisch** ist 8, von **Sillein** 8, und von **Galantha** 10 Stunden. — Von den zwei ersteren Stationen verkehren täglich Postwagen, von letzterer Gesellschaftswagen.

Badeärzte: Dr. **S. Ventura**, k. preuss. Sanitätsrath und Dr. **Eduard Nagel** aus Wien.

Auskünfte ertheilen die Bade-Verwaltung und die Badeärzte.

Badebrochure von Dr. **Ventura**, ist bei **Braumüller** in Wien zu haben.

Vom Excellenz Freiherr v. Sina'schen

Güter-Inspectorate.

Salzburger Lose.

Diese Lose, welche fünf Ziehungen im Jahre mit Haupttreffern von **40.000, 30.000, 15.000, 15.000, 10.000 fl.** haben, sind von der Stadt Salzburg garantirt, und muss jedes Los mindestens 30 fl. gewinnen. **Original-Salzburger Los dermalen 26 fl. per Stück.**

Um Jederman den Ankauf dieser Lose zu ermöglichen, werden dieselben auch auf Raten mit nur 1 fl. Angabe (Stempel ein- für allemal 19 kr.) zum Preise von 30 fl. verkauft, so zwar, dass monatlich bloss 1 fl. zu entrichten ist, und man nach Abzahlung des Lospreises das Original-Salzburger Los ausgefolgt erhält. Während der Einzahlung spielt man ganz allein auf alle Treffer mit.

Bei geneigten auswärtigen Aufträgen wird um gefällige frankirte Einsendung des Betrages und Beischliessung von 30 kr. für Zusendung der Ziehungsliste ersucht.

Wechselstube der k. k. pr. Wiener Handelsbank, vorm. Joh. C. Sothen, Graben 13.

H. ROSENTHAL's
Wiener Glycerin-Eisen-Magen-Liqueur
sehr empfehlenswerth gegen
Magenbeschwerden und Hämorrhoiden.

Laut Gutachten
der Herren Hofräthe und Professoren
OPPOLZER und BALASSA,
des k. k. Medicinalraths und emer. Decan der medicinischen Facultät
Dr. v. Viszánik,
sowie der Primarärzte
Kovacs, Löwy und Dr. Lenk
(Hausarzt des Fürsten Schwarzenberg).

Wiener Glycerin - Eisen - Liqueur
des königl. preuss. Hof-Lieferanten
H. ROSENTHAL
(Hauptdepot: Wien, Praterstrasse Nr. 24)

ein vortreffliches, wohlschmeckendes, leicht verdauliches Mittel gegen alle anämischen Zustände.

Das Präparat wurde im k. k. allgemeinen Krankenhause in Anwendung gezogen, chemisch untersucht von den Herren Professoren Heller, Kletzinsky, Hauer u. a. m., kann deshalb mit Recht das beste Mittel gegen **Bleichsucht, Blutarmuth, Entkräftung, Frauenkrankheiten,** und für **Reconvalescenz** genannt werden.

Beide Präparate werden von sehr vielen anerkannten Aerzten mit grossen Erfolgen verordnet und sind fast in allen Apotheken der österreichischen Monarchie zu beziehen.

Die grosse Flasche à 2 fl., die kleine à 1 fl. 35 kr.

Filial-Depots in Wien bei den Herren Apothekern:

Jos. Weiss, Stadt, Tuchlauben zum Mohren; Wilh. Raab, Stadt, Lugeck, zum schwarzen Bären; Dr. Jos. Girtler, Stadt, Freiung Nr. 7; Ant. v. Waldheim, Stadt, Himmelpfortgasse Nr. 17; Heinr. Jesovits, Wollzeile; Dr. Joh. Lamatsch, Wiedener Hauptstrasse, zur heil. Dreifaltigkeit; Karl Brandts, Josefstadt. zum goldenen Löwen; I. Höfer, Landstrasse, Ungargasse Nr. 12; Ludwig Gärtner, Rudolfsheim, Schönbrunnerstrasse Nr. 190; J. Pohlmann, Kohlmarkt; F. Kammhäuser, Mariahilf, zur Mariahilf. 556, 6—6

Karlsbad.

Dr. Abeles (vordem in Egypten) wird auch von Beginn dieser Saison an die Praxis wieder in Karlsbad ausüben.

Oesterreichische Hypothekar-Renten-Bank.

Kundmachung.

Laut des am 21. d. M. in der 1. ordentlichen Generalversammlung der Actionäre der Oesterreichischen Hypothekar-Renten-Bank gefassten Beschlusses wird der Juli-Coupon der Actien-Interimsscheine der Oesterreichischen Hypothekar-Renten-Bank vom 23. d. M. angefangen, bei der **Liquidatur der Oesterreichischen Hydothekar-Renten-Bank** mit ö. W. fl. 45 per Actien-Interimsschein eingelöst.

Wien, 22. April 1873.

Der Verwaltungsrath.

Einladung zur Pränumeration

auf den neunten Jahrgang der

Pester medic.-chirurg. Presse.

Herausgegeben von **Dr. Heinr. Mangold,** Kurarzt in Füred am Plattensee; unter Mitwirkung eines Comité's redigirt von Dr. **Carl Hertzka.**

Der wissenschaftliche Theil unserer Wochenschrift wird stets in erster Reihe die in ungarischen periodischen Fachschriften und Werken niedergelegten besseren Leistungen berücksichtigen und in treuer Uebersetzung reproduciren.

In zweiter Linie sind es Originalien über die wichtigeren Capitel der Gesammtmedicin, klinische Vorträge sowie Beiträge aus der Spitals- und Privatpraxis von in- wie ausländischen Autoren, denen wir unsere Aufmerksamkeit zuwenden.

Auszüge über das Neueste und Wissenswertheste aus der theoretischen und praktischen Heilkunde sollen dem Leser einen Ueberblick der Gesammtleistungen auf den Fachgebieten gewähren.

Unter Therapeutisches theilen wir in aphoristischer Weise die speciell auf dem Gebiete der Therapie gewonnenen Erfahrungen, von vorwaltend praktischer Tendenz, mit.

Die Sitzungsberichte referiren objectiv über die wissenschaftliche Thätigkeit der ungarischen wie ausländischen ärztlichen Gesellschaften und medicinischen Vereine.

Die literarische Revue bespricht die Novitäten auf dem medicinischen Büchermarkte in sachlicher Weise kritisch und theilt die beachtenswertheren Erscheinungen in nuce mit.

Im Feuilleton und in der Correspondenz sollen die ärztlich-socialen und Sanitätsverhältnisse im Allgemeinen mit besonderer Rücksicht auf Ungarn in unabhängiger und unparteiischer Weise, mit Ausschluss jeder persönlichen Polemik, ihre Beleuchtung und Beurtheilung finden; ebenso soll den Interessen des gemeinsamen und honvedfeldärztlichen Corps Rechnung getragen werden.

Die Wochen-Chronik registrirt getreu die Neuigkeiten aus den medicinischen Kreisen des In- und Auslandes.

Ganzjähriger Pränumerations-Betrag nur 5 fl. ö. W.

Pränumerationen und Insertionen werden angenommen bei allen Postämtern und im Redactions-Bureau der „Pester medic.-chirurg. Presse“ in Pest.

Redaction der

„Pester medic.-chirurg. Presse“

in Pest, Schwarz-Adlergasse 7.

Im Verlage von **Georg Reimer** in **Berlin** erscheint und ist durch jede Buchhandlung und Postanstalt zu beziehen:

Deutsche Klinik.

Zeitung für Beobachtungen aus deutschen Kliniken und Krankenhäusern.

Herausgegeben von

Dr. Alexander Göschen.

Preis vierteljährig 2 Thaler.

Privat-Heilanstalt

für Gemüths- und Nervenkranke

der Doctoren

Leidesdorf und Obersteiner

in Oberdöbling.

Hirschengasse Nr. 163.

Pathologisch-histologische

PRAEPARATE

von

Dr. med. Otto Barth,

Leipzig,

Weisenhausstr. 34. II.

Die Sammlung enthält 100 microscopische Präparate.

Preis incl. eleg. Mahagonikastens 100 Mark = 33⅓ Thlr. = 52 fl. ö. W.

Verpackung 2 Mark = 1 fl. 10 kr.

Die Versendung erfolgt gegen Einsendung des Betrages an obige Adresse; auch nehmen alle Buchhandlungen Bestellungen entgegen. Ein Exemplar dieser Sammlung kann bei Herrn Dr. **Bettelheim** in **Wien** besichtigt werden.

Druck von F. B. Geitler in Wien.

IV. Ophthalmologie, Otiatrik, Dermatologie.

239. Spiegel: Die Pockenepidemie des Jahres 1871 im Umkreise von Leipzig, S. 305. — 240. Fröbelius: Bericht über die Revaccinationen, die mit animalischer und humanisirter Kuhpockenlymphe im Jahre 1871 im St. Petersburger Findelhause gemacht worden sind, S. 308. — 241. Casuistische Mittheilungen über Syphilis, S. 310. — 242. Jakson: Bemerkungen über Gehörs-Affectionen in Fällen von Krankheiten des Nerven-Systems, S. 311.

V. Oeffentliche Gesundheitspflege, gerichtliche Medicin, Toxicologie.

243. Haughton: Strychninvergiftung erfolgreich mit Nicotin behandelt, S. 312. — 244. Goldschmidt: Die Sterblichkeit Wiens im Jahre 1870, S. 312.

VI. Physiologie, Anatomie, pathologische Anatomie.

245. Winternitz: Beiträge zur Lehre von der Wärmeregulation, S. 316. — 246. Brown-Séquard: Ueber künstliche Epilepsie, S. 320. — 247. Thierfelder: Ueber Anheilung transplantirter Hautstücke, S. 320.

VII. Kritiken.

248. Grünhagen: Die electromotorische Wirkung lebender Gewebe, S. 320. — 249. Hauke: Nachtrag zu der Brochüre: Ein Apparat für künstliche Respiration und dessen Anwendung zu Heilzwecken, S. 321. — 250. Wundt: Lehrbuch der Physiologie des Menschen, S. 323.

VIII. Kleine Mittheilungen.

251. Majer: Fälle von Wasserscheu in Baiern im Jahre 1869/70, S. 323. — 252. Wibmer: Blatternseuche in Oberbaiern, S. 323. — 253. Chapot-Duvert: Electrische Bäder gegen das Zittern der Säufer und gegen das Mercurialzittern, S. 324. — 254. Namias: Ueber Propylamin, S. 324. — 255. Nichols: Ueber die Anwendung der Nux vomica bei Dyspepsie, S. 324. — 256. Ferber: Das Helmholtz'sche Verfahren gegen das Heufieber, S. 324. — 257. Retz: Carbolisirte Fetteinreibungen gegen Scharlach, S. 325.

Rudolf Thürriegl,
erzeugt alle chirurgischen Instrumente
nach neuesten und verbesserten Constructionen.
Wien, Alservorstadt, am Glacis, Schwarzspanierhaus Nr. 5.
Ausführliche Preiscourants auf Verlangen gratis.

*Im Verlage von **Wilhelm Braumüller**,*
k. k. Hof- und Universitäts-Buchhändler in Wien.

Jahrbuch, österreichisches, für Pädiatrik. Herausgegeben von Prof. Dr. G. Ritter von Rittershain in Prag und Dr. Maximilian Herz in Wien. (Neue Folge des Jahrbuches für Physiologie und Pathologie des ersten Kindesalters.) Jahrgang 1872. 2 Bände. gr. 8. 4 fl. 50 kr. — 3 Thlr.

Jahrbuch für Balneologie, Hydrologie und Klimatologie. Herausgegeben von Dr. E. Heinrich Kisch, Docent an der Prager Universität und Brunnenarzt in Marienbad. Jahrgang 1872. 2 Bände. gr. 8. 3 fl. — 2 Thlr.

Jahrbücher, medicinische. Herausgegeben von der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien, redigirt von Prof. Dr. S. Stricker. Jahrgang 1873. gr. 8.
Preis des Jahrg. 10 fl. — 6 Thlr. 20 Ngr.

Kisch, Dr. E. Heinrich, Badearzt in Marienbad. **Die Balneotherapie der chronischen Krankheiten.** Ein Handbuch der praktischen Aerzte. gr. 8. 1867.
6 fl. — 4 Thlr.

In diesem Werke gibt der Herr Verfasser den praktischen Aerzten einen dem heutigen Standpunkte der Wissenschaft vollkommen entsprechenden Leitfaden, welcher die Gesichtspunkte feststellt, von denen aus die Verordnung der Mineralwässer in rationeller Weise erfolgen soll. Die Indicationen für die verschiedenen Heilquellen sind auf die pharmacodynamische Wirkung der einzelnen Bestandtheile derselben und auf die pathologischen Verhältnisse des Organismus begründet und geben der Balneotherapie die nöthige wissenschaftliche Basis. Die wichtigsten Quellen, sowie deren hervorragendste Bestandtheile und localen Verhältnisse sind in gedrängter, prägnanter Weise skizzirt und dem diätetischen Verhalten bei den Brunnencuren ist besondere Berücksichtigung geschenkt. Die Kritik der bedeutendsten medicinischen Fachjournale hat gleich nach dem Erscheinen der ersten Abtheilung des Werkes die praktische und gründliche Bearbeitung des sorgfältig gesichteten Materiales als einen wichtigen Vorzug des Werkes hervorgehoben, ebenso wie den Umstand, dass dieses die vielfachen üblichen Schablonen balneotherapeutischer Handbücher zu meiden verstand. „Dass sich nirgends, trotzdem der Verfasser weder in der Pathologie noch in der Therapie den modernsten Standpunkt der Wissenschaft verlässt, ein Coquettiren mit trockener Gelehrsamkeit bekundet, sondern die Darstellung bei aller Einfachheit der Form klar, deutlich, ebenso anregend als geistreich ist." Darin sind die kritischen Stimmen einig, „dass durch dieses Werk vieles von dem alten Zopfe, welcher der Pathologie der Balneologen bis heute noch anhaftet, abgeschnitten worden ist." Der praktische Arzt, der sich ein selbstständiges Urtheil über die Wirkungsweise der verschiedenen Heilquellen bei den einzelnen Leiden bilden will, wird dieses Buch nicht entbehren können.

Meyr, Dr. Ign., k. k. Kreisarzt, ehem. Docent der Augenheilkunde und Assistent der Augenklinik an der k. k. Universitat in Wien. **Anleitung zur Wahl der Curorte.** Praktische Rathschläge für Aerzte und Curorte Mittel-Europa's. 8. 1871. 1 fl. 60 kr. — 1 Thlr. 2 Ngr.

Herr Professor Dr. Sigmund von Ilanor sagt über diese Schrift:

„Die heilkräftigen Einflüsse des Climas, die Benützung der Heilquellen und Curorte, die Trink- und Badecur für die einzelnen Krankheiten, endlich ein Wegweiser in die bekannten Curorte nebst einer Karte derselben bilden den überaus reichhaltigen und in der umsichtigsten Weise bearbeiteten Inhalt dieser Schrift. Herr Dr. Meyr lieferte mehrere ausgezeichnete Monographien von Heilquellen und Curorten; hier nun gibt er dem Arzt und dem gebildeten Curgast eine nach dem neuesten Standpunkte aller unserer Kenntnisse praktische und lehrreiche Anweisung zur Wahl der Heilquellen und Curorte. In der kürzesten Zeit und auf die einfachste Weise kann in der bekanntlich zu vielen hunderten von Schriften angewachsenen balneologischen Literatur aus Meyr's wahrhaft praktisch gehaltenem Werke eine gründliche Belehrung geschöpft werden.

Seegen, Dr. Joseph, o. ö. Professor der Heilquellenlehre an der k. k. Universität in Wien und Brunnenarzt in Carlsbad. **Handbuch der allgemeinen und speciellen Heilquellenlehre.** Zweite, neu bearbeitete Auflage. gr. 8. 1862.
6 fl. 50 kr. — 4 Thlr. 10 Ngr.